

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA

**DISERTACIÓN PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA**

**“ SOBRECARGA DEL CUIDADOR RELACIONADO AL MALTRADO DEL
ADULTO MAYOR EN USUARIOS DEL SERVICIO DE CONSULTA
EXTERNA DEL HOSPITAL LUIS GABRIEL DÁVILA DE LA CIUDAD DE
TULCÁN, DURANTE EL PERÍODO DE SEPTIEMBRE A NOVIEMBRE
DEL 2016.”**

ALEXANDRA PATRICIA ABATA ERAZO
VERÓNICA ALEXANDRA GUIJARRO REVELO

DIRECTOR: DR. JAVIER MONTALVO
DIRECTORA METODOLÓGICA: DRA. AMPARO HERRERA

QUITO, 2016

AGRADECIMIENTOS

A Dios por todo lo que me ha regalado.

A Jessica y Bryana por darme fortaleza para continuar y alegría para vivir.

A Richar por su apoyo incondicional,

y a mi familia por su amor.

Alexandra Abata

AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecer a Dios por proveerme de vida, salud y por permitirme
culminar este maravilloso reto

A mis padres, por ser los pilares de mi vida y ejemplo
por su amor y dedicación

A mis hermanos, por ser fuente de inspiración,
Por ser mi apoyo y cómplices en el trayecto de mis días

A mi esposo, el compañero de mi vida,
quien con su amor en todo momento
me brinda seguridad y confianza

A mi hijo por ser mi eterno amor
y el mayor regalo que Dios me ha concedido,
por ser quien con su dulzura me ilumina día, tras día
y me ha enseñado a ser una mejor persona.

Verónica Guijarro

ÍNDICE

CAPÍTULO I	11
1. Introducción	11
2. Justificación	16
3. Problema de investigación	17
4. Objetivos	17
Objetivo General	17
Objetivos Específicos	17
5. Hipótesis	18
CAPÍTULO II	19
REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA	19
1. Generalidades	19
1.1 Transición demográfica y envejecimiento poblacional	19
1.2 Rol social del adulto mayor	20
1.3 Marco legal	22
2. Adulto mayor y nivel de dependencia	24
2.1 Conceptos	24
2.1.2 Enfermedad	25
2.1.3 Deficiencia	25
2.1.4 Discapacidad	26
2.1.5 Minusvalía	28
2.1.6 Grado Funcional:	28
2.1.6.1 Independencia funcional	29
2.1.6.2 Dependencia	29
2.2 Estadísticas de adultos mayores con dependencia física	30
2.3 Factores de riesgo predictores de dependencia	32
2.4 Tipos de dependencia	33
2.4.1 Dependencia física	33
2.4.2 Dependencia mental	33
2.4.3 Dependencia social	34
2.4.4 Dependencia económica	34
2.5 Grados de dependencia	34
2.6 Escalas de valoración funcional	35
2.6.1 Actividades básicas de la vida diaria	35

2.6.1.1	Escala de Barthel	36
2.6.1.2	Índice de Katz	37
2.6.1.3	Escala física de Cruz Roja	38
2.6.2	Actividades instrumentales de la vida diaria	38
2.6.2.1	Escala de Lawton y Brody	39
2.6.3	Actividades avanzadas de la vida diaria	40
3	Maltrato en el Adulto mayor	40
3.4	Definición del maltrato	40
3.5	Datos estadísticos internacionales y locales	41
3.6	Teorías del maltrato en adultos mayores	43
3.6.1	Teoría del aprendizaje social o del aprendizaje transgeneracional	43
3.6.2	Teoría del cansancio del cuidador	43
3.6.3	Teoría del aislamiento	43
3.6.4	Teoría de la dependencia	44
3.6.5	Teoría de la psicopatología del cuidador	44
3.6.6	Otras teorías propuestas	44
3.7	Factores de riesgo para el maltrato del adulto mayor	44
3.8	Tipos de maltrato	45
3.8.1	Por su intensidad	45
3.8.2	Según las esferas personales comprometidas	46
3.8.3	Según su forma de presentación	46
3.8.4	Características demográficas de adultos mayores víctimas de maltrato	47
3.8.5	Consecuencias del Maltrato en el adulto mayor	48
3.8.6	Escala de maltrato en geriatría	48
4	Cuidador del Adulto Mayor	49
4.4	Definición y Clasificación	49
4.5	Caracterización del cuidador	51
4.6	Síndrome de sobrecarga del cuidador	53
4.7	Factores de riesgo para desarrollar Síndrome del Cuidador Cansado	55
4.8	Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit	56
4.9	Síndrome de sobrecarga del cuidador y maltrato	57
	CAPÍTULO III	60
	METODOLOGÍA	60
3.1	Operacionalización de las variables:	60

3.2	Universo y muestra:	62
3.2.1	Universo	62
3.2.2	Muestreo.	62
3.2.3	Tipo de muestreo	63
3.2.4	Criterios de inclusión	63
3.2.5	Criterios de exclusión	63
3.3	Tipo de estudio.	63
3.5	Plan de análisis de datos	65
3.6	Aspectos bioéticos	65
3.7	Aspectos administrativos	67
CAPÍTULO IV		69
RESULTADOS		69
1.	Análisis Univariado	69
2.	Análisis Bivariado	89
CAPÍTULO V		99
DISCUSIÓN		99
CAPÍTULO VI		105
CONCLUSIONES		105

TABLAS

Tabla 1	Edad del Adulto Mayor	69
Tabla 2	Sexo de los Adultos Mayores	70
Tabla 3	Estado civil de los Adultos mayores	71
Tabla 4	Escolaridad de los Adultos mayores	72
Tabla 5	Ocupación de los Adultos mayores	73
Tabla 6	Dependencia de los Adultos Mayores en las Actividades	75
Tabla 7	Dependencia de los Adultos Mayores en las Actividades	77
Tabla 8	Maltrato de los Adultos Mayores	79
Tabla 9	Responsables del maltrato	79
Tabla 10	Edad de los Cuidadores	80
Tabla 11	Sexo de los cuidadores	81
Tabla 12	Estado civil de los cuidadores	83
Tabla 13	Escolaridad de los cuidadores	84
Tabla 14	Ocupación de los Cuidadores	86
Tabla 15	Sobrecarga del Cuidador	87
Tabla 16	Análisis de las variables demográficas del adulto mayor	89
Tabla 17	Ocupación del adulto mayor y maltrato	91
Tabla 18	Edad del adulto mayor y maltrato	93
Tabla 19	Dependencia del adulto mayor y sobrecarga en el cuidador	94
Tabla 20	Dependencia del adulto mayor y maltrato	95
Tabla 21	Análisis de sobrecarga del cuidador y maltrato al adulto mayor	97

GRÁFICOS

Gráfico 1 Edad del Adulto Mayor

Gráfico 2 Sexo del Adulto Mayor

Gráfico 3 Estado civil del adulto mayor

Gráfico 4 Escolaridad del adulto mayor

Gráfico 5 Ocupación de los adultos mayores

Gráfico 6 Nivel de dependencia de los Adultos mayores en las Actividades Básicas

Gráfico 7 Nivel de dependencia de los Adultos mayores en las Actividades Instrumentales

Gráfico 8 Maltrato de los adultos mayores

Gráfico 9 Edad de los cuidadores

Gráfico 10 Sexo de los cuidadores

Gráfico 11 Estado civil de los cuidadores

Gráfico 12 Escolaridad de los cuidadores

Gráfico 13 Ocupación de los cuidadores

Gráfico 14 Sobrecarga del cuidador

Gráfico 15 Estado civil del adulto mayor y maltrato

Gráfico 16 Sexo del adulto mayor y maltrato

Gráfico 17 Sexo del adulto mayor y tipo de maltrato

Gráfico 18 Escolaridad del adulto mayor y maltrato

Gráfico 19 Relación entre dependencia física del adulto mayor y sobrecarga del cuidador

Gráfico 20 Dependencia del Adulto mayor y maltrato

Resumen

El maltrato al adulto mayor constituye un problema social, que vulnera su bienestar físico, psicológico y emocional, puede incluir hechos que van desde la negligencia hasta el compromiso físico y son ejercidas de manera activa o pasiva, generalmente por personas responsables de su cuidado. El principal objetivo de este estudio fue determinar la relación entre el maltrato del adulto mayor según su nivel de dependencia física y la sobrecarga del cuidador directo, en usuarios del servicio de consulta externa del Hospital Luis Gabriel Dávila de la ciudad de Tulcán, además planteó identificar algunas características demográficas del adulto mayor y su cuidador. Se realizó un estudio de corte transversal con 491 adultos mayores, a los que se aplicó la Escala psicométrica de maltrato en Geriatría; la sobrecarga en el cuidador fue evaluada mediante la Escala de Zarit y la dependencia física con las escalas de Barthel y la de Lawton y Brody. Para el análisis estadístico cuantitativo se utilizó las medidas de tendencia central, y para las variables cualitativas se utilizó porcentajes y frecuencias. En el análisis bivariado se utilizó como medida de asociación el odds ratio (OR) en variables cualitativas y como prueba de hipótesis el chi cuadrado, a través del programa informático SPSS 23. Se encontró significancia estadística entre la dependencia física del adulto mayor y sobrecarga del cuidador con un chi cuadrado de 161,135 y una P de 0,001; al igual que en la sobrecarga del cuidador y el maltrato con un chi cuadrado de 34,789 y un valor de P 0,000.

Palabras clave: Maltrato en el adulto mayor, sobrecarga del cuidador, dependencia del adulto mayor.

Abstract

Abuse of the elderly constitutes a social problem, which violates their physical, psychological and emotional well-being, can include events ranging from negligence to physical commitment and are exercised actively or passively, usually by persons responsible for their care. The main objective of this study has been to establish the relation between the adult person mistreatment according his/ her level of physical dependency and the direct carer overloading in users of the service of external consultation at Luis G. Dávila hospital in Tulcán city, in addition, he proposed to identify some demographic characteristics of the elderly and their caregiver. It was carried out a study of transverse cut with 491 adult people where were applied the Psychometric Scale of mistreatment in Geriatrics; the overloading in the carer was by the Zarit Scale and the physical dependency with the Barthel, and the Lawton and Brody Scales. The quantitative variables statistical analysis was made using measurements of central tendency and for qualitative variables were used percentages and frequencies. For bivariate analysis was used as association measurement the odds ratio (OR) in qualitative variables and as a hypothesis evidence the chi square using the computer program SPSS 23. Finding an statistical significance between the physical dependency of the adult person and the carer overloading with a chi square of 161,135 and a P of 0,001; with a chi square of 34,789 and a P of 0,000.

Keywords: Maltreatment in the elderly, overload of the caregiver, dependence of the elderly.

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

1. Introducción

El proceso de envejecimiento del ser humano durante el final de su ciclo vital precisa del cuidado directo de otra persona y del trato que esta le brinde (Carrizales, Corrales, Aranguren, & Fernández, 2013), determinantes que influyen en la calidad de vida del adulto mayor (Díaz, Lemus, González, Licor, & Gort, 2015).

El trato al anciano está determinado por patrones socioculturales y momentos históricos, lo cual influye en el valor social que se le da. En sociedades tradicionales son tratados con respeto, mientras cumplan con alguna actividad socialmente aceptada. Sin embargo en era de la industrialización y tecnología, la visión de los valores referentes al envejecimiento ha sufrido profundos cambios (Bover, Moreno, Mota, & Taltavull, 2003), así, la tercera edad para muchos representa una visión negativa y distorsionada, donde termina la productividad del ser humano asociándose a dependencia, enfermedad y aislamiento; situación que coloca al adulto mayor en una posición de desventaja y vulnerabilidad, misma que puede favorecer situaciones de violencia y maltrato a nivel familiar y social (Carrizales et al., 2013).

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define al maltrato del adulto mayor como *“una acción única o repetida, o falta de la respuesta apropiada, que ocurre dentro de cualquier relación donde exista una expectativa de confianza y la*

cual produzca daño o angustia a una persona anciana”, puede darse de distintas formas, que incluyen: el maltrato físico, sexual, psicológico, económico y por negligencia (Flores, Rivas, & Seguel, 2012).

Un estudio realizado en siete ciudades europeas en 4467 participantes de 60-84 años, se determinó que el maltrato con mayor prevalencia sufrido fue el psicológico en un 34%, 18.5% financiero, 11.5% físico y 5% sexual; concluyendo que estas tasas de prevalencia confirman que el abuso al anciano es un problema de salud pública (Eslami et al., 2016), otros datos reportados de países Latinoamericanos como Chile, establece que el maltrato al adulto mayor es de tipo Psicológico en un 35,3%, Negligencia 9,2 %, abuso patrimonial en 8,3%, maltrato físico 5,6% y sexual 5% (SENAMA, 2013); datos que resultan alarmantes por estar asociados con un mayor riesgo de morbilidad y mortalidad (OMS, 2016).

Aún en la actualidad resulta difícil conocer con claridad los factores de riesgo asociados al maltrato de personas mayores en la población general, sin embargo algunas investigaciones han encontrado asociación entre el deterioro de la función física del adulto mayor y el riesgo de maltrato (Dong, Simon, & Evans, 2012), Vandeweert Paveza, & Fulmer, (2006) reportan en un estudio que *“los niveles más bajos de estado funcional se asocia con un mayor riesgo de maltrato a personas mayores”*, recomendando que se necesitan más investigaciones para poder determinar con mayor claridad dicha asociación.

La transición demográfica acelerada, ha permitido que exista a nivel mundial una tendencia global de envejecimiento (Flores et al., 2012), según la Organización Mundial de la Salud (OMS) *“entre el 2000 y el 2050 la proporción de personas mayores de 60 años se duplicará pasando del 11% al 22% de la población total”*, circunstancia que sumada al escaso mejoramiento de los estilos de vida trae consigo el incremento de los adultos mayores con pérdida de su autonomía, surgiendo la necesidad del cuidado por parte de otras personas para satisfacer sus demandas , a quienes se les conoce como cuidadores.

Los cuidadores familiares son personas que brindan un cuidado informal, no remunerado, son catalogados como primarios o secundarios, dependiendo del grado de responsabilidad que tengan en el cuidado directo de la persona a su cargo (Flores et al., 2012). Flores, Adeva, García y Gómez (1997) los define como *“aquella persona que asiste o cuida a otra afectada de cualquier tipo de discapacidad que le dificulta o impide el desarrollo normal de sus actividades vitales o de sus relaciones”*. Son parte esencial en el cuidado directo de las personas mayores y enfermos, su atención se centra en el lazo familiar o afectivo hacia la persona a su cuidado, sin embargo las limitaciones físicas y mentales de estas personas, pueden generar dificultades financieras, limitaciones y problemas emocionales (Brügger, Jaquier, Sottas, & Angehörigen, 2015), lo que ocasiona agotamiento o cansancio en el cuidador (Díaz et al., 2015). Se ha determinado que los cuidadores de adultos mayores dependientes presentan problemas en su salud física como patologías cardiovasculares y consecuencias psicosociales como sobrecarga emocional (C. Giraldo, Franco, Correa, Salazar, & Tamayo, 2005)

En la investigación realizada por Ocampo (2007) se encontró una asociación significativa entre el cuidado de adultos mayores dependientes en las actividades básicas cotidianas y el desarrollo del síndrome de sobrecarga del cuidador. Cardona et al., (2011) afirma que tienen mayor riesgo de presentar este síndrome, aquellas personas que se encuentran a cargo de ancianos enfermos, de tal forma dicha condición del adulto mayor es responsable de incrementar proporcionalmente la intensidad del síndrome de sobrecarga en el cuidador y esta a su vez puede propiciar agresión física, psicológica o negligencia hacia el adulto mayor (Ocampo et al., 2007).

Dong (2015) en su investigación concluye que el riesgo de abuso hacia los ancianos se relaciona de manera directa con la sobrecarga del cuidador constituyéndose como un factor constante en su presentación y Vandeweerd (2006) menciona que frecuentemente los malos tratos que recibe el anciano por su cuidador, son el resultado de los agravios y violencia ejercida hacia ellos por parte del adulto mayor, a esto se puede sumar que la conducta y comportamiento del anciano puede provocar o mantener situaciones de maltrato (Adams, 2012).

Varias investigaciones han logrado identificar diferentes características del adulto mayor víctima de maltrato y de su cuidador. Cano, Garzón, Segura y Cardona (2012) en su estudio determinan que las mujeres son más afectadas que los hombres con una relación 2:1, de edad avanzada y pertenecientes a un nivel socioeconómico y de escolaridad más bajos

El desempeño del rol del cuidador es predominantemente realizado en orden de frecuencia por hijas, cónyuges, nietos y nueras (Gracia, 2011), con una edad promedio de 45 a 60 años, casados y escasos recursos económicos, quienes dedican la mayor parte del tiempo al cuidado del adulto mayor; sin apoyo de otros miembros de la familia según Flores (2015), con mayor frecuencia los cuidadores de sexo masculino son los responsables del maltrato físico a diferencia de las mujeres quienes son responsables de negligencia en el cuidado (Adams, 2012).

La población de estudio que incluye esta investigación, son adultos mayores, usuarios del servicio de consulta externa del Hospital Luis Gabriel Dávila de la ciudad de Tulcán perteneciente a la Provincia de Carchi.

2. Justificación

El maltrato del adulto mayor es un problema de salud pública (OMS, 2014), que atenta al bienestar físico, psicológico y emocional. La Constitución de la República del Ecuador (2006), en su artículo 36 menciona: *“Las personas adultas mayores recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado, en especial en los campos de inclusión social y económica, y protección contra la violencia”*. Sin embargo, pese a su vigencia, la Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE, 2009) indica que el maltrato o violencia que sufren los adultos mayores en nuestro país es del 39%, Freire (2009) refiere *“maltrato y violencia, aunque parece inconcebible, este es un fenómeno real en el Ecuador y es un tema relevante a la salud y bienestar de un grupo vulnerable y que los datos presentados muestran claramente que los actos de violencia psicológica, emocional, física y aun sexual no son casos aislados y que es un tema que los profesionales en la medicina y la salud pública deben entender mejor”*.

La atención integral del adulto mayor incluye una valoración enfocada en todas las esferas (OMS, 2015), sin embargo cuando acuden a la consulta médica, son diagnosticados de patologías desde la esfera biológica, obviando muchas veces la psicosocial (Freire, 2010), realidad que es observada en la consulta externa del Hospital Luis Gabriel Dávila, donde se ha verificado diagnósticos que no incluyen el maltrato, surgiendo así la necesidad de investigar la existencia de este problema en nuestra localidad.

La presente investigación busca identificar el maltrato que sufren los adultos mayores con dependencia física en su núcleo familiar y su asociación con la sobrecarga del cuidador, nuestro propósito es aportar una visión real de nuestra localidad y evidenciar que este problema está presente aunque no sea reportado, estimulando así, la participación activa del personal de salud en la prevención, identificación y seguimiento de estos casos. Además por ser el primer estudio local vinculado a esta temática, servirá como base para la realización de nuevas investigaciones e intervención de autoridades pertinentes en beneficio de esta población.

3. Problema de investigación

¿Cuál es la relación entre el maltrato al adulto mayor según su nivel de dependencia física y la sobrecarga del cuidador directo en usuarios del servicio de consulta externa del Hospital Luis Gabriel Dávila de la ciudad de Tulcán, durante septiembre a noviembre del 2016?

4. Objetivos

Objetivo General:

Determinar la relación entre el maltrato del adulto mayor según su nivel de dependencia física y la sobrecarga del cuidador directo, en usuarios del servicio de consulta externa del Hospital Luis Gabriel Dávila de la ciudad de Tulcán, durante septiembre a noviembre 2016.

Objetivos Específicos:

1. Identificar las características demográficas como edad, sexo, estado civil, nivel de escolaridad y ocupación del adulto mayor y su cuidador, en el servicio de consulta externa.
2. Determinar el nivel de dependencia del adulto mayor, en el servicio de consulta externa.

3. Evaluar el grado de sobrecarga en el cuidador directo del adulto mayor que acude al servicio de consulta externa.
4. Determinar la relación entre el maltrato al adulto mayor y las características demográficas.

5. Hipótesis

El mayor grado de dependencia física genera mayor sobrecarga del cuidador directo, lo que incrementa el riesgo de maltrato al adulto mayor; en usuarios del servicio de consulta externa del Hospital Luis Gabriel Dávila, durante septiembre a noviembre del 2016.

CAPÍTULO II

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

1. Generalidades

1.1 Transición demográfica y envejecimiento poblacional

La Transición Demográfica es el proceso que explica la dinámica demográfica del crecimiento poblacional, desde una situación de alta natalidad y mortalidad, a otra en las que estos indicadores han descendido. (María Zavala, 2014); reflejándose en el continuo y acelerado proceso de envejecimiento poblacional (CITE_FLACSO, 2015), fenómeno que se ha presentado en los dos últimos decenios, con predominio en América del Norte y Europa, extendiéndose paulatinamente a todas las regiones del mundo, incluido los países en vías de desarrollo (ONU, 2014).

El porcentaje de personas adultas mayores en el año 1994 fue del 9%, cifra que para el año 2014 incrementó al 12 % (Naciones Unidas, 2014) y se espera que para el 2050 según la Organización Mundial de la Salud (OMS) alcance el 22% de la población total, con predominio de población femenina, representando 100 mujeres por cada 85 hombres mayores de 60 años y 100 mujeres por cada 61 hombres mayores de 80 años, con tendencia a seguir aumentando en las siguientes décadas (ONU, 2014).

En América Latina la transición demográfica inicia a partir del siglo XIX, lo que ha permitido que exista una tendencia global de envejecimiento (María Zavala, 2014), fenómeno observado también en el Ecuador; expertos indican que para el año 2025, existirá una población aproximada de 17.1 millones de habitantes, con un incremento de aproximadamente 2 años en referencia a la esperanza de vida actual, constituyendo una edad promedio de 77.5 años; en términos generales la población adulta mayor aumentará anualmente en 760 mil habitantes, es decir 54 personas de 60 años y más, por cada 100 menores de 15 años (SENPLADES, 2008), además indican que el envejecimiento femenino superará al masculino, debido a la mayor expectativa de vida de las mujeres, estimando que por cada 91 hombres de 60 años y más existirán 100 mujeres del mismo grupo etario. (SENPLADES, 2008).

1.2 Rol social del adulto mayor

El proceso del envejecimiento se lo puede visualizar desde dos enfoques: biológico y social. Para varios autores, desde el punto de vista social, la vejez es una etapa vital que presenta características determinadas por la sociedad, estableciendo lo que es y no permitido para el adulto mayor, influyendo fuertemente en su calidad de vida (Mercedes Zavala, Vidal, Castro, Quiroga, & Klassen, 2006).

En su artículo Zavaleta (2012) cita textualmente la afirmación de Chawla *“respecto a que los ancianos no siempre son dependientes a causa de su decadencia física, sino que lo son frecuentemente debido a la forma cómo son categorizados socialmente y a las presiones que se ejercen sobre ellos”*, concepción que

socialmente los hace vulnerables impidiendo que el anciano se mantenga activo e independiente (Carrizales et al., 2013).

El adulto mayor en la sociedad, cumple un rol que está directamente determinado por la cultura étnica a la cual pertenece, en función a factores económicos, estructura familiar, creencias religiosas y políticas sociales. En civilizaciones antiguas el papel del anciano era relevante, basado en el respeto y la consideración, su experiencia era ejemplo y base para futuras generaciones, convirtiéndose en un elemento clave de la sociedad (Bover et al., 2003).

Actualmente este rol social ha sufrido un constante cambio, a causa de una visión economicista y tecnologicista, que han relegado al anciano como fuente productiva, incapaz de brindar algún aporte para la sociedad (Bover et al., 2003); surgiendo la creencia errónea de que la vejez es una etapa donde termina la productividad del adulto mayor (Zavaleta, 2012) asociada a deterioro, enfermedad, dependencia, incapacidad y mayor costo sanitario, estereotipos que impiden visualizar el trabajo y aportes que los ancianos en su edad juvenil brindaron para la construcción y surgimiento de nuestras naciones (Mercedes Zavala et al., 2006).

La existencia de una pobre conceptualización sociocultural sobre el adulto mayor, crea en ellos sentimientos de inutilidad y falta de reconocimiento social impidiéndoles desarrollar sus potencialidades (Crespo & López, 2007). Frente a esta problemática social, la Asamblea Mundial de la Salud emite una resolución sobre la Estrategia y Plan de Acción Mundial sobre el Envejecimiento y la Salud,

estableciendo el primero de octubre como el día Internacional de la Personas Mayores y promoviendo una campaña mundial denominada “Actuemos contra el edadismo”, cuyo objetivo es concienciar las actitudes negativas, prejuicios y discriminación social contra los adultos mayores, con miras de anteponer actitudes y colaborar todos como una sociedad sólida que posicione el valor del adulto mayor en nuestra sociedad (OMS, 2016).

1.3 Marco legal

La vulnerabilidad y fragilidad de los adultos mayores ha hecho que múltiples organizaciones nacionales e internacionales a través del tiempo busquen la forma de proteger y garantizar sus derechos, conscientes de que falta mucho por hacer en su beneficio, entre las más representativas tenemos:

En 1982 se lleva a cabo la asamblea mundial sobre el envejecimiento con el objetivo de lograr la realización plena y del potencial de los adultos mayores y paliar los efectos negativos mediante medidas adecuadas (Organización de las Naciones Unidas, 1982). En el 2002 y con la participación de La Organización Mundial de la Salud y la Red Internacional de Prevención del Abuso y Maltrato en la Vejez se firma la declaración de Toronto para la prevención global del maltrato de los adultos mayores (Organización Mundial de la Salud, 2002).

En mayo del 2012 con el propósito de identificar acciones concretas sobre derechos humanos y protección social de las personas mayores se realiza la tercera

conferencia regional intergubernamental sobre envejecimiento en América Latina y el Caribe y se firma la carta de San José (Cepal, 2012) donde los estados miembros de la CEPAL manifestaron su rechazo a todo tipo de malos tratos hacia las personas mayores y se comprometieron a trabajar por su erradicación.

En nuestro país la Constitución de la República reconoce como adultos mayores a todas aquellas personas que hayan cumplido los 65 años de edad a quienes protege y garantiza sus derechos a través de los siguientes artículos:

“Art. 36.- Las personas adultas mayores recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado, en especial en los campos de inclusión social y económica, y protección contra la violencia.”

“Art. 37.- El Estado garantizará a las personas adultas mayores los siguientes derechos:

- 1. La atención gratuita y especializada de salud, así como el acceso gratuito a medicinas.*
- 2. El trabajo remunerado, en función de sus capacidades, para lo cual tomará en cuenta sus limitaciones.*
- 3. La jubilación universal.*
- 4. Rebajas en los servicios públicos y en servicios privados de transporte y espectáculos.*
- 5. Exoneración en el régimen tributario.*
- 6. Exoneración del pago por costos notariales y registrales, de acuerdo con la ley*

7. El acceso a una vivienda que asegure una vida digna, con respeto a su opinión y consentimiento.”

Además el Art. 66 habla de una vida libre de violencia, en el Art. 81 se garantiza el acceso a la justicia, en el Art. 363 numeral 5 se garantiza el derecho a la salud y en el Art. 373 habla sobre la seguridad social entre otros (Asamblea Nacional, 2008).

El país también cuenta con la Ley del Anciano desde 1991, la cual ha tenido varias reformas y que entre sus beneficios contempla: alimentación, salud, educación, hogares de protección, exoneración de impuestos, tarifa preferencial en los servicios básicos, transportes y espectáculos etc.

2. Adulto mayor y nivel de dependencia

2.1 Conceptos

Para abordar y clasificar correctamente al adulto mayor según su nivel de dependencia, es necesario tener una definición clara de algunos conceptos, que permiten valorar su gravedad y estado actual de salud (F. González, Massad, & Lavanderos, 2009).

2.1.1 Enfermedad

Se la define como una alteración de diversa intensidad del funcionamiento normal del organismo influenciada por causas internas o externas. La OMS la define como “Alteración o desviación del estado fisiológico en una o varias partes del cuerpo, por causas en general conocidas, manifestadas por síntomas y signos característicos, y cuya evolución es más o menos previsible” (OMS, 2014).

2.1.2 Deficiencia

La OMS en 1980 define a la deficiencia como “toda pérdida o anormalidad de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica” (OMS, 2015), a causa de enfermedad congénita, genética o adquirida (CONADIS, 2013). Hace referencia a la presencia de un trastorno orgánico, lo cual genera una limitación funcional y se exterioriza en la vida diaria. Existen diversas deficiencias, entre ellas encontramos: físicas, sensoriales, psíquicas; pueden presentarse dos o más deficiencias en la misma persona (F. González et al., 2009).

- Deficiencias Físicas: Este tipo de deficiencias impiden una vida normal, y obligan a quienes la padecen el uso de ayudas técnicas. Ejemplos: malformaciones, amputaciones de miembros, pérdidas de movilidad o enfermedades crónicas, parálisis (OMS, 2011)

- Deficiencias Sensoriales: Son deficiencias que se expresan en personas con alteraciones en la visión, audición o lenguaje (F. González et al., 2009).
- Deficiencias Psíquicas: Deficiencias presentes en personas con patologías mentales o con Síndrome de Down (OMS, 2011).

2.1.3 Discapacidad

La discapacidad es un fenómeno universal, engloba múltiples aspectos biospiciosociales y ambientales (Cortés, Riveros, & Pineda, 2013), este vocablo incluye la presencia de una o varias deficiencias, limitaciones de la actividad y restricciones a la participación (OMS, 2013) que afecta el normal desenvolvimiento en la vida diaria impidiendo una adecuada interrelación con el entorno, puede ser permanente o temporal, reversible o irreversible. En la discapacidad se suman dos componentes, el primero incluye una limitación del individuo para realizar una determinada actividad y el segundo hace referencia a la necesidad de una ayuda sea esta técnica o personal, para la interacción con su medio (OMS, 2011).

Según la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF) de la OMS aprobada en el 2001, la define textualmente como *“toda restricción o ausencia debida a una deficiencia, de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen considerado normal para el ser humano”* (OMS, 2015), se debe destacar que este es un concepto que evoluciona y que es el resultado de la interacción existente entre los individuos con deficiencias y

su entorno, en donde existen barreras que evitan socialmente igualdad de condiciones para todos (OMS, 2011). Entre estas discapacidades, podemos citar:

- Discapacidades sensoriales y de la comunicación
- Discapacidades motrices
- Discapacidades mentales
- Discapacidades múltiples y otras (Cortés et al., 2013)

Las clasificadas como sensoriales y de la comunicación incluyen discapacidades oculares, auditivas y del habla; el grupo de las motrices confina discapacidades que implican dificultad para la deambulaci3n, coordinaci3n de movimientos y manejo objetos; las discapacidades mentales agrupa a las deficiencias intelectuales y conductuales que interfieren en el aprendizaje y conducta, en tanto que las discapacidades catalogadas como m3ltiples y otras, abarca inhabilidades no consideradas en los grupos anteriores como es el caso de enfermedades cr3nico degenerativas, tambi3n incluye combinaciones de las discapacidades descritas anteriormente (Cort3s et al., 2013).

2.1.4 Minusvalía

T3rmino propuesto por la Clasificaci3n Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDM) publicada por la OMS en 1980, quien la define como “ *la socializaci3n de la problemática causada en un sujeto por las consecuencias de una enfermedad, manifestada a trav3s de la deficiencia y/o la*

discapacidad, y que afecta al desempeño del rol social que le es propio”(Egea & Sarabia, 2001), poniendo hincapié en la desventaja social experimentada por una persona con deficiencias o discapacidad, debido a su connotación despectiva, algunos autores sustituyeron este término por el de exclusión o discapacidad (M. González, 2004), términos que incluye déficits, restricciones en la participación y limitaciones en la actividad (Abellán & Hidalgo, 2011).

2.1.5 Grado Funcional

Término que connota el grado o nivel de independencia que tiene el adulto mayor para ejecutar actividades de la vida diaria. La capacidad funcional de una persona en los primeros años de la vida crece, consigue al comienzo de la edad adulta su máximo nivel para posteriormente en la tercera edad declinar (OMS, 2015). Se clasifica en:

- Independencia funcional
- Dependencia (Hidalgo & Loyo, 2012)

2.1.5.1 Independencia funcional

La independencia funcional es la capacidad de llevar a cabo las actividades de la vida diaria, sin ayuda de una tercera persona (Cofre, 2009). La OMS la define como la “capacidad del sujeto para llevar habitualmente una existencia independiente efectiva” (F. González et al., 2009). Concluyendo podemos mencionar que es el

resultado de un equilibrio entre una adecuada condición de salud, un entorno favorable y un óptimo sistema de apoyo social, que le permiten al anciano mantenerse activo (Segovia & Torres, 2011).

2.1.5.2 Dependencia

La dependencia, engloba la necesidad que presenta un individuo con deficiencias o discapacidad, de un cuidado otorgado por una tercera persona, a causa de su limitación funcional o dificultades para el normal desempeño de actividades de la vida diaria (Cortés et al., 2013).

Varios autores han descrito definiciones sobre este término, así tenemos a Barthel, quien define a la dependencia como la *“incapacidad funcional en relación con las actividades de la vida diaria”*, Baltes y Wahl le describen como *“la necesidad de ser ayudado para ajustarse a su medio e interactuar con él”* y Abanto menciona que *“cuando se recurre a un tercero o cuidador y estos cuidados afectan los actos elementales de la vida diaria”*, se habla de dependencia (F. González et al., 2009).

La Organización Mundial de la Salud la define como *“la disminución o ausencia de la capacidad para realizar alguna actividad en la forma o dentro de los márgenes considerados normales”* (OMS, 2011) y la Convención Internacional sobre los Derechos de las personas con Discapacidad de la Naciones Unidas, menciona que la discapacidad *“es un concepto que evoluciona y que resulta de la interacción entre*

las personas con deficiencias y las barreras debidas a la actitud y al entorno que evitan su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás” (Cortés et al., 2013).

En resumen la dependencia es el resultante de un proceso que inicia con un déficit funcional precedida por un accidente o enfermedad, que se traduce en limitación para la realización de una actividad, la misma que al no compensarse con el entorno, produce una restricción en la participación del individuo, en el contexto social, familiar y de su autocuidado, necesitando de una tercera persona para satisfacer sus demandas (Cortés et al., 2013).

2.2 Estadísticas mundiales y locales de adultos mayores con dependencia física

Según la OMS (2015) a nivel mundial estima que en países en vías de desarrollo hasta el año 2050, la cantidad de adultos mayores incapaces de valerse por sí mismos se cuadruplicará, existiendo un número considerable de ancianos tardíos que pierdan la capacidad de vivir independientemente a causa de varios factores como: limitación en la movilidad, presencia de fragilidad y alteraciones mentales o físicas. De aquí parte la asociación entre dependencia y enfermedad, siendo esta la principal causa para esta condición y no la edad como una variable aislada, sin embargo se ha evidenciado una mayor prevalencia y tendencia al aumento de casos de dependencia en poblaciones de adultos mayores, afectando en un 32,2% a la población de 65 años y en un 63,6% en adultos de 85 años y más, (Lorenzo, Maseda, & Millán, 2008).

En países desarrollados como Estados Unidos y España la tasa de dependencia es del 10% aproximadamente, mientras que en Latinoamérica existen prevalencias que fluctúan alrededor del 12.82% en Brasil (Hidalgo & Loyo, 2012), 13% en Chile, 20% en Colombia y en México el 33%, siendo las mujeres quienes presentan una mayor prevalencia de dependencia funcional en relación con los hombres del 19.1% y 14.8% respectivamente (Manrique, Salinas, Moreno, & Téllez, 2011).

El Consejo Nacional para la igualdad Intergeneracional (2014) refiere que un porcentaje de adultos mayores en el Ecuador presentan dependencia para las actividades instrumentales de la vida diaria, problemática evidenciada en un 37.2% de adultos mayores que no pueden ir a lugares solos, 29.1 % presentan dificultad para tomar sus medicinas, 21.6% no realizan actividades pesadas, 17.3% inhábiles para manejar dinero, 16.4% no pueden llamar por teléfono, 16 % son incapaces de hacer compras, 12.4% no participan en quehaceres domésticos y el 9.9% necesitan que se les prepare sus alimentos, ya que ellos no logran hacerlo. Se ha observado además que la dependencia física en la población adulta mayor ecuatoriana se correlaciona con enfermedades crónicas, caídas y fracturas de cadera en mayor proporción.

2.3 Factores de riesgo predictores de dependencia

Un estudio realizado en España sobre la Dependencia y Necesidades Asistenciales de las Personas Mayores, menciona a los siguientes quince factores de riesgo, como predictores de dependencia en la vejez:

- **Factores demográficos:** Edad (adultos mayores avanzados), sexo (femenino), estado civil (solteros, viudos, divorciados).
- **Factores culturales:** Analfabetismo, nivel de escolaridad bajo.
- **Factores económicos y sociales:** Bajo nivel de ingresos, trabajos que impliquen sedentarismo.
- **Factores fisiológicos:** Autopercepción de su estado de salud, pluripatologías crónicas, encamamiento, Índice de Masa Corporal (sobrepeso, obesidad), polifarmacia.
- **Conductas saludables y hábitos de vida:** sedentarismo, consumo de tabaco y alcohol (Fundazioa, 2009).

2.4 Tipos de dependencia

Existen diferentes tipos de dependencia, entre ellas podemos citar:

- Dependencia física
- Dependencia mental
- Dependencia social
- Dependencia económica

2.4.1 Dependencia física

Se refiere a la pérdida funcional de las capacidades corporales y sensoriales, las mismas que pueden ser medibles a través de la incapacidad para ejecutar actividades de la vida diaria, derivada de diversas morbilidades y que conlleva implicaciones en el ámbito individual, familiar y social, comprometiendo la calidad de vida de los adultos mayores (García, Gutiérrez, & Jiménez, 2014).

2.4.2 Dependencia mental

Asociada con el deterioro de las capacidades mentales, es de evolución crónica y progresiva e implica alteraciones: psicóticas, afectivas, cognoscitivas, del sueño, adicciones, abusos de sustancias y de ansiedad, puede coexistir conjuntamente con la dependencia física. (García et al., 2014).

2.4.3 Dependencia social

Hasta la actualidad no existe un concepto establecido sobre este tipo de dependencia, sin embargo se conoce que por la transformación que ha sufrido la

imagen social del adulto mayor desde el siglo XX, este se ha convertido en un ente vulnerable que sumado a la falta de apoyo social, afecta negativamente su salud y funcionalidad, conllevando la necesidad de que diversas redes de apoyo social sirvan como herramientas de supervivencia y respondan frente a la realidad de los adultos mayores. (García et al., 2014).

2.4.4 Dependencia económica

Las personas adultas mayores por su misma condición de envejecimiento, pasan a ser económicamente pasivas, convirtiéndose dependientes de otros miembros de la familia para su subsistencia (García et al., 2014).

2.5 Grados de dependencia

La dependencia del adulto mayor puede ser calificada de la siguiente forma:

- **Dependencia moderada o Grado I.-** Se caracteriza por que los ancianos necesitan ayuda para ejecutar por lo menos una vez al día, varias actividades básicas de la vida diaria.

- **Dependencia severa o Grado II.-** Son adultos mayores que requieren ayuda para realizar dos a tres veces en el día, varias actividades básicas de la vida diaria, pero sin requerir apoyo permanente de un cuidador.

- **Gran dependencia o Grado III.-** Las personas con este grado de dependencia, necesitan de forma indispensable y permanente de una tercera persona o cuidador, para realizar varias actividades de la vida diaria, por pérdida de su autonomía mental o física (Campos, Estrella, Escobar, & Fernández, 2011).

2.6 Escalas de valoración funcional

La funcionalidad como parte de la valoración integral gerontológica y geriátrica, es de suma importancia, permite determinar el grado de dependencia del adulto mayor y plantear objetivos de tratamiento, rehabilitación y prevención; con la finalidad de evitar mayor deterioro. Hazzard y cols refieren que el estado funcional, puede ser evaluado por medio de la capacidad para realizar:

- Actividades básicas de la vida diaria (ABVD)
- Actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD)
- Actividades avanzadas de la vida diaria (AAVD) (Segovia & Torres, 2011).

2.6.1 Actividades básicas de la vida diaria

Las ABVD son actividades orientadas al autocuidado personal de la vida diaria, que incluyen acciones como bañarse, vestirse, levantarse, comer, ir al baño y contener esfínteres. Las escalas más utilizadas son:

- Escala de Barthel

- Índice de Katz
- Cruz Roja (Cepal, 2012)

2.6.1.1 Escala de Barthel

Fue publicado por Mahoney y Barthel en el año de 1.965, creada con la finalidad de evaluar la independencia de pacientes hospitalizados en Maryland, mismos que padecían patologías neuromusculoesqueléticas. Actualmente es la escala más utilizada para la valoración funcional de personas con enfermedad cerebrovascular aguda. Su aplicación para evaluar las actividades básicas de la vida diaria en pacientes adultos mayores, es recomendada por la British Geriatrics Society. Tiene una sensibilidad del 85-90% y posee gran validez predictiva de ingresos y permanencia hospitalaria, funcionalidad, beneficio de servicios de rehabilitación, capacidad del paciente para vivir en la comunidad y mortalidad. El tiempo estimado para su realización es de cinco minutos, la información obtenida puede ser por medio de observación directa, aplicación de test al paciente con nivel cognoscitivo adecuado o a su cuidador si este se encuentra alterado (Domínguez et al., 2012).

Valora diez ABVD: baño, alimentación, vestido, arreglo personal, uso de retrete, deposición, micción, traslado cama-sillón, deambulación, subir y bajar escaleras, estableciendo el grado de dependencia según la puntuación obtenida: < 20: dependencia total, 20-40: dependencia grave, 45-55: dependencia moderada, 60-

90: dependencia leve, 100: independencia (90 si paciente va en silla de ruedas) (Trigas, Ferreira, & Meijide, 2011).

En relación al índice de Katz es superior por que estadísticamente se puede obtener mayores datos, posee mayor sensibilidad para detectar pequeños cambios funcionales y brinda Información adicional referentes al control de esfínteres y la movilidad (Agullo et al., 2002).

2.6.1.2 Índice de Katz

Este instrumento fue diseñado en 1958, por Sidney Katz y su equipo de trabajo multidisciplinario del Hospital The Benjamin Rose de Cleveland, con el objetivo inicial de determinar la dependencia en pacientes con fracturas de cadera, posteriormente ha sido utilizado para la evaluación funcional de pacientes ambulatorios e institucionalizados con diversas patologías crónicas como las cerebrovasculares y artritis reumatoide, además de su evolución en respuesta al tratamiento instaurado (Trigas et al., 2011).

El tiempo estimado para su aplicación es de veinte minutos (Domínguez et al., 2012), valora seis funciones básicas: baño (esponja, ducha o bañera), vestido, uso del retrete, movilidad, continencia y alimentación, categorizadas en dos niveles: dependencia e independencia. Clasifican a las personas valoradas en ocho niveles de dependencia, representadas con la letras A hasta la G, la A que equivale independiente para todas las funciones y G que es dependiente para todas las

funciones, agrega un nivel extra representada con la letra O que significa que es dependiente en al menos dos funciones pero no clasificable como C, D, E o F (Trigas et al., 2011), organizados de acuerdo a la sucesión en que los pacientes pierden y recuperan la independencia para realizarlos (Domínguez et al., 2012).

2.6.1.3 Escala física de Cruz Roja

Diseñada por un grupo de trabajo del Hospital Central de la Cruz Roja de Madrid y publicada en 1972, fue creada con la finalidad de valorar y captar adultos mayores que necesitaban asistencia geriátrica, cuyo domicilio se encontraba en el área de influencia de este hospital. Posteriormente su utilización se extendió a otros centros geriátricos, llegando a ser la tercera escala más utilizada en España. La aplicación de esta escala es sencilla, se obtiene la información directamente del paciente o cuidador y se necesita menos de un minuto para su ejecución, clasifica la funcionalidad del paciente geriátrico en seis grados representados desde el 0 que equivale a independencia al 5 que significa incapacidad funcional total. Varios autores concuerdan en que la precisión, sensibilidad y fiabilidad de esta escala está disminuida por la carente definición de sus grados. (Trigas et al., 2011).

2.6.2 Actividades instrumentales de la vida diaria

Las actividades instrumentales de la vida diaria, deben estar incluidas en la valoración geriátrica, ya que son las primeras en deteriorarse, evalúan acciones

como: el uso del teléfono, realización de tareas domésticas, capacidad para salir a la calle, desplazarse de un sitio a otro, etc. Una de las escalas para cuantificar las AIVD es la de Lawton y Brody (Agullo et al., 2002).

2.6.2.1 Escala de Lawton y Brody

La escala de Lawton y Brody es un instrumento a nivel internacional muy utilizada en la evaluación de AIVD, fue elaborada por un equipo médico del Centro Geriátrico de Filadelfia en 1963, con el objetivo de evaluar la autonomía física y AIVD en adultos mayores institucionalizados, por consulta y hospital del día, permitiendo detectar las primeras señales de deterioro del anciano, establecer y evaluar un plan terapéutico; esta valoración la realiza mediante 8 ítems: capacidad para utilizar el teléfono, hacer compras, preparar la comida, realizar el cuidado de la casa, lavado de la ropa, utilización de los medios de transporte, toma de medicación y manejo de dinero; a los cuales establece un valor numérico de 1 que equivale a independiente o 0 que significa dependiente, el puntaje total obtenido va de 0 que es dependencia a 8 que equivale a independencia total, resultado que se lo obtiene de la suma de todas las respuestas. Posee una sensibilidad del 90,7% y una especificidad del 69%, el tiempo estimado para su realización es de 4 minutos, y se puede recabar la información directamente del adulto mayor o de su cuidador principal (Trigas et al., 2011).

2.6.3 Actividades avanzadas de la vida diaria

Las Actividades avanzadas de la vida diaria valoran la interacción y participación del adulto mayor con grupos religiosos, sociales, viajes, deporte, trabajo y ocio estas actividades no son indispensables para el mantenimiento de la independencia (Agullo et al., 2002).

3. Maltrato en el Adulto mayor

3.1 Definición del maltrato

Existen diversas definiciones de abuso o maltrato al adulto mayor, lo que se ha convertido en una dificultad para establecer una real incidencia y prevalencia, por lo que surge la necesidad de unificar conceptos en el ámbito médico y legal (Anglin & Homeier, 2014).

La Organización Mundial de la Salud (2015), lo define como *“Un acto único o repetido que causa daño o sufrimiento a una persona de edad, o la falta de medidas apropiadas para evitarlo, que se produce en una relación basada en la confianza”*.

Otra definición frecuentemente utilizada por algunos autores es: *“Situación no accidental, en la cual una persona sufre un trauma físico, privación de*

necesidades físicas básicas o injuria mental, como resultado de acto u omisión por un cuidador” (Marín & Castro, 2000).

La Asociación Médica Americana (1987), define al maltrato de personas mayores como "*actos u omisiones que resulten en un daño o amenaza de daño a la salud o bienestar de una persona mayor*".

3.2 Estadística internacional y local

La prevalencia a nivel internacional oscila entre el 3% y el 12% en el entorno familiar, cuyas cifras incrementan en relación a una mayor edad y mayor grado de dependencia (Cano, Garzón, Segura, & Cardona, 2012). La OMS (2016) señala que actualmente alrededor de una de cada diez personas mayores ha sufrido algún tipo de maltrato en el último mes, y pronostica un incremento de estos casos por el envejecimiento acelerado de la población mundial.

Posiblemente las cifras reales de malos tratos al adulto mayor se encuentren subestimados o en su defecto varían dependiendo del país al que pertenecen, sin embargo en forma general se conoce que los tipos de maltrato más frecuentes en países de ingresos elevados o medios son: el maltrato físico con una prevalencia del 0,2 al 4,9%, abuso sexual entre 0,04 al 0,82%, maltrato psicológico en un 0,7 al 6,3%, abuso económico del 1,0 al 9,2% y desatención entre el 0,2 al 5,5% (OMS, 2016). Un estudio realizado en siete ciudades europeas en 4467 participantes de 60-84 años, determinó que el maltrato con mayor prevalencia sufrido fue el psicológico

en un 34%, 18.5% financiero, 11.5% físico y 5% sexual (Eslami et al., 2016). En países como España se han publicado prevalencias que van desde 4,7% al 12% con una media del 6%, reportando además que un 26 al 50% de adultos mayores presentan más de una forma de maltrato (Cano et al., 2012).

Países Latinoamericanos como Chile, reporta que el maltrato al adulto mayor de tipo Psicológico es del 35,3%, Negligencia 9,2 %, abuso patrimonial del 8,3%, maltrato físico 5,6% y sexual 5% (SENAMA, 2013) y que los principales responsables del maltrato al anciano son los hijos en un 50 a 60% aproximadamente, seguidos de los nietos y nueras (Cano et al., 2012).

En el Ecuador la Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento (Freire, 2010) indica que el maltrato o violencia que sufren los adultos mayores es del 39%, encontrando que el 3% ha sufrido abuso sexual, 7,2% maltrato físico, 14,7% maltrato económico, 14,9% negligencia y el 16,4% maltrato psicológico, siendo este último el más frecuente, con predominio en el sexo femenino.

En un estudio realizado en la ciudad de Cuenca (2015) sobre Prevalencia y Factores Asociados al Maltrato a los Adultos Mayores, sus autores reportan un 50.6% de maltrato, con predominio en el sexo femenino, siendo el más prevalente el psicológico (Collaguazo & Delgado, 2015).

3.3 Teorías del maltrato en adultos mayores

Varios autores incluida la Asociación Médica Mundial han descrito diferentes teorías con la finalidad de explicar los motivos por los cuales se genera el maltrato hacia con el adulto mayor, dentro de las cuales podemos citar a las siguientes (Bover et al., 2003):

3.3.1 Teoría del aprendizaje social o del aprendizaje transgeneracional

Esta teoría hace referencia a que el maltrato es aprendido, probablemente aquellos niños maltratados por sus padres se convertirán en un futuro en sus maltratadores, invirtiendo los papeles por dicha conducta aprendida (Bover et al., 2003).

3.3.2 Teoría del cansancio del cuidador

Menciona que el estrés y la tensión del cuidador predispone al maltrato, debido a que los factores estresantes tanto externos como internos sobrepasan el umbral de tolerancia haciendo que pierdan su autocontrol (Corbacho, 2013).

3.3.3 Teoría del aislamiento

Se basa en que la ausencia de apoyo social, constituye un factor de riesgo para maltrato (Bover et al., 2003).

3.3.4 Teoría de la dependencia

Considera como factores predisponentes de maltrato a las enfermedades crónico degenerativas y a la pérdida de la funcionalidad (Corbacho, 2013).

3.3.5 Teoría de la psicopatología del cuidador

Menciona que el maltratador posee una salud psicológica alterada, presentando una personalidad patológica como esquizofrenia, ideas paranoides entre otras (AMM, 2013).

3.3.6 Otras teorías propuestas

Incluye a otras teorías que proponen que el maltrato es consecuencia de: consumo de sustancias tóxicas por parte del cuidador, dependencia afectiva del cuidador y aspectos socioculturales (AMM, 2013)

3.4 Factores de riesgo para el maltrato del adulto mayor

Los factores de riesgo para el maltrato hacia los ancianos abarcan diferentes contextos como el individual, familiar, social y cultural, tanto del adulto mayor como de su cuidador, incrementando la probabilidad de sufrir maltrato y de que se perpetúe (L. Giraldo, 2010).

Se ha observado una relación entre maltrato y ciertos factores de riesgo, los mismos que se han clasificado en:

- **Factores de riesgo del anciano.-** Entre estos factores encontramos: Deterioro de la salud, incontinencia, edad avanzada, dependencia física, alteraciones mentales, maltrato previo, aislamiento social (Adams, 2012).
- **Factores de riesgo del cuidador.-** Tenemos los siguientes: Sobrecarga física, emocional y psicológica; patologías resultantes de esfuerzos, trastornos psicopatológicos, abuso de sustancias, vivencias de violencia familiar, falta de contactos sociales, múltiples obligaciones: conyugales, paternas, domésticas o laborales (Adams, 2012).
- **Factores de riesgo del entorno.-** Son factores que incrementan la vulnerabilidad del adulto mayor, así tenemos: Dependencia económica, domicilio compartido, relación interpersonal precaria con el cuidador, ausencia de apoyo económico, social y familiar (M. Fernández, 2006).

3.5 Tipos de maltrato

3.5.1 Por su intensidad.- Pueden presentarse de dos formas:

- **Maltrato grave.-** Vulnera los derechos de las personas e incluye el maltrato físico, sexual y abandono.

- **Maltrato de intensidad menor.-** Este tipo de maltrato puede pasar inadvertido, pero al igual que el anterior es inadmisible (Adams, 2012).

3.5.2 Según las esferas personales comprometidas.- El maltrato puede presentarse:

- **A nivel de la esfera íntima.-** Desde este punto de vista el maltrato vulnera al adulto mayor en las siguientes circunstancias: aislamiento familiar, ingreso obligado a asilos de ancianos, abuso económico, negligencia, falta de capacitación de los cuidadores y explotación de trabajo dentro de hogar (Rodríguez, González, Díaz, & Rodríguez, 2011).
- **A nivel del ámbito público.-** Puede darse por la ausencia de instituciones geriátricas especializadas o médicos que piensan que la edad es causa de su padecimiento (Adams, 2012).

3.5.3 Según su forma de presentación.- Los tipos de maltrato más frecuente son:

- **Maltrato físico:** Es cualquier acto que provoque detrimento o dolor físico, como: golpes, quemaduras, fracturas, administración abusiva de fármacos o tóxicos.

- **Maltrato psicológico:** Este tipo de maltrato ocasiona angustia mental en la víctima, entre estas podemos citar: intimidación, amenazas, humillación, manipulación, imposiciones, burla, minimizar e irrespetar sus decisiones.
- **Negligencia:** Omisión o incumplimiento para satisfacer las necesidades básicas del adulto mayor, incluye: falta de cuidados higiénicos, vivienda, alimentos, seguridad, tratamientos médicos, puede ser activa o pasiva. La negligencia activa se refiere a la falta de cuidados necesarios hacia el adulto mayor dependiente por parte del cuidador principal a causa de descuido o apatía, es considerada como un acto deliberado, en tanto que la negligencia pasiva es considerada como un acto involuntario que resulta del desconocimiento o incapacidad para proveer cuidados necesarios al anciano (SENAMA, 2005).
- **Maltrato sexual:** Incluye cualquier acto que vulnere la esfera sexual del adulto mayor, como mantener una relación sexual obligada.
- **Maltrato económico:** Son actos que afectan el aspecto económico del anciano impidiendo el manejo de sus bienes, puede presentarse por medio de manipulación o chantaje (M. Fernández, 2006).

3.5.4 Características demográficas de adultos mayores víctimas de maltrato

Entre las principales características demográficas de los adultos mayores víctimas de maltrato, podemos citar:

- Sexo femenino
- Residencia en área urbana
- Estado civil casado o viudo
- Escolaridad primaria incompleta
- Etnia mestiza
- Nivel socioeconómico bajo (Adams, 2012).

3.5.5 Consecuencias del Maltrato en el adulto mayor

Este fenómeno acarrea consecuencias en el ámbito biopsicosocial del adulto mayor, encontrando:

- **Consecuencias biológicas:** Lesiones físicas (heridas, fracturas, quemaduras), úlceras por decúbito, deshidratación, desnutrición, intoxicaciones.
- **Consecuencias psicológicas:** Sufrimiento, trastornos emocionales, inhibición, depresión, ansiedad, ideación suicida, somatización y pseudodemencias.
- **Consecuencias Sociales:** Aislamiento (M. Fernández, 2006).

3.5.6 Escalas de maltrato en geriatría

Son escalas de medición cualitativa, que permiten detectar maltrato en el adulto mayor e intentan cuantificar la intensidad del problema (SENAMA, 2012), sin

embargo muchos autores concluyen que algunos diseños presentan limitaciones, recomendando aplicarlos con reserva, siempre y cuando exista un argumento previo de sospecha de este fenómeno en la víctima, su entorno y en el agresor (SEDEMA, 2013).

Una investigación sobre maltrato que incluyó a 626 adultos mayores, llevada a cabo en México, en la cual para determinar este fenómeno se aplicó la escala Psicométrica de Maltrato al Adulto Mayor, la que inicialmente contaba con 49 ítems y posteriormente se redujo el número de elementos a 22, tiene una consistencia interna adecuada, por lo cual recomienda la utilización de la versión final para evaluar los cinco tipos de maltrato que esta incluye, como son: físico, psicológico, negligencia, económico y abuso sexual en el último año. Su aplicación es fácil de ejecutar, está dirigida directamente al adulto mayor, permite una respuesta afirmativa de al menos un ítem para diagnosticar maltrato, además incluye una pregunta final sobre el responsable, cabe señalar que tiene dos versiones una en inglés y otra en español. (Giraldo & Rosas, 2013).

4. Cuidador del Adulto Mayor

4.1 Definición y Clasificación

La pérdida de autonomía de los Adultos Mayores conlleva a la necesidad de cuidado por otra persona con la finalidad de satisfacer necesidades y demandas

físicas y emocionales, acto considerado socialmente como una obligación moral (Flores et al., 2012).

Flores, Adeva, García y Gómez (1997) los define como “*aquella persona que asiste o cuida a otra afectada de cualquier tipo de discapacidad que le dificulta o impide el desarrollo normal de sus actividades vitales o de sus relaciones*”. Son parte esencial en el cuidado directo de las personas mayores y enfermos, su atención se centra en el lazo familiar o afectivo hacia la persona a su cuidado, brindando una atención no formal y por ende no remunerada.

Según este concepto, el cuidado informal puede ser otorgado por miembros familiares y extrafamiliares como vecinos o amigos de la persona dependiente, siendo por lo general los familiares quienes en mayor porcentaje se encargan de este tipo de cuidado, en un 87.5% y en un 2,5% es brindada por personas extrafamiliares, porcentaje que disminuye cuando la ayuda requerida es más demandante como en el caso de personas dependientes (Crespo & López, 2007).

Por lo expuesto anteriormente se puede establecer que los miembros de la familia son los encargados de brindar el cuidado informal con mayor frecuencia y que dependiendo del grado de responsabilidad que tengan en el cuidado directo de la persona a su cargo son catalogados como primarios o secundarios (Flores et al., 2012).

El cuidador principal es la persona que asume las tareas y responsabilidades del cuidado directo del adulto mayor dependiente, papel que es percibido de forma explícita por el resto de la familia, como responsable de esta acción, sin que necesariamente este de acuerdo en desempeñar este rol, para considerar a un individuo como cuidador principal debe cumplir dos requisitos en relación al tiempo, haber realizado tareas de cuidado empleando gran parte de su tiempo en un lapso de seis semanas como mínimo (Crespo & López, 2007).

Se llama cuidador secundario a un miembro de la familia, que de forma voluntaria coopera en actividades complementarias del cuidado del adulto mayor en un tiempo parcial (Borghi, Castro, Marcon, & Carreira, 2013).

4.2 Caracterización del cuidador

El perfil de los cuidadores primarios es muy variado, sin embargo diversa bibliografía menciona las principales características del cuidador principal, coincidiendo que son en mayor frecuencia mujeres, hijas o cónyuges, de mediana edad y de ocupación amas de casa, el estudio del Instituto de Mayores y Servicios Sociales de España (Vilalta & Valles, 2009) indica que los cuidadores principales en un 84% suelen ser mujeres con una edad promedio de 53 años, de ellas el 50% son hijas y el 16% cónyuges, en relación a su ocupación el 44% son amas de casa (Durán & García, 2005). Otro estudio realizado en Madrid, manifiesta que el 90,4% de los cuidadores principales son mujeres con una edad entre 59 años a 64 años y más, de las cuales el 54% son hijas (Crespo & López, 2007).

Borghi et al (2013) en su estudio refiere que los cuidadores principales son en el 95% de sexo femenino con una edad comprendida entre 31 y 71 años, con un promedio de 52,7 años , de ellas el 50% son hijas, 35% esposas, 10% hermanas y el 5% nueras.

De acuerdo a lo antes citado, podemos observar que las mujeres asumen de forma predominante el rol del cuidador, que por legado social se lo considera como un deber y responsabilidad atribuible a ellas, como parte de la prolongación de su rol maternal, ama de casa y como resultado de las diferentes relaciones y afinidades familiares con el adulto mayor (Crespo & López, 2007).

Otro estudio Latinoamericano, realizado en la ciudad de Medellín-Colombia, por Cardona et al (2011) menciona que de los 312 cuidadores principales estudiados, el 80,1% son mujeres con una edad promedio de 54 años, de estado civil casadas, unión libre o viudas, coincidiendo con los datos registrados internacionalmente, pero además contribuye datos sobre los cuidadores masculinos, quienes según los investigadores representan el 19.9% de estado civil solteros, separados o divorciados.

En cuanto al nivel educativo independientemente del sexo, en mayor proporción poseen estudios secundarios y primaria completa, seguido de secundaria incompleta. En lo referente a su ocupación el 57,7% son amas de casa, seguido del 12,2% que son trabajadores independientes, 11,5% empleados y obreros, 9,3% jubilados, 3,5% desempleados y el 2,6% estudiantes. El nivel socioeconómico

ponderante en los cuidadores primarios corresponde a un nivel bajo, seguido de un nivel medio en menor porcentaje (Cardona, Segura, Berbesí, Ordoñez, & Agudelo, 2011).

4.3 Síndrome de sobrecarga del cuidador

El cuidado de una persona adulta mayor exige una preparación mental, emocional, física, social del cuidador, ya que el asumir ese papel constituye una importante fuente del estrés, que incrementa el riesgo de padecer diversos problemas físicos, así como importantes alteraciones emocionales (Carretero, Garcés, Ródenas, & Sanjosé, 2009).

Varios autores mencionan que el cuidar un adulto mayor con dependencia ocasiona modificaciones en la vida diaria, lo que puede ocasionar mayor sobrecarga física, emocional y financiera, interfiriendo además en relaciones sociales y de entretenimiento (Borghi et al., 2013).

En la investigación realizada por Ocampo (2007) se encontró una asociación significativa entre el cuidado de adultos mayores dependientes en las actividades básicas cotidianas y el desarrollo del síndrome de sobrecarga del cuidador. Cardona et al., (2011) afirma que tienen mayor riesgo de presentar este síndrome, aquellas personas que se encuentran a cargo de ancianos enfermos, esta condición del adulto mayor es responsable de incrementar proporcionalmente la intensidad de este síndrome (Ocampo et al., 2007) y esta puede llevar al desarrollo de patologías agudas

y crónicas como: Cardiovasculares, ansiedad, depresión entre otras (C. Giraldo et al., 2005).

El término carga fue enunciado por primera vez en el siglo 60 por Grad y Sainsbury, definiéndolo como *“la carga percibida por los familiares al cuidado de sus semejantes afectados por alguna enfermedad mental en el domicilio”* (Delgado et al., n.d.), posteriormente Zarit y colaboradores la definen como *“un estado resultante de la acción de cuidar a una persona dependiente o mayor, un estado que amenaza la salud física y mental del cuidador”* y en 1977 Christina Maslach conceptualiza por primera vez el Síndrome del Cuidador Cansado como *“el proceso de deterioro en los cuidados y atención profesional a los usuarios, por el que acababan quemándose tras meses o años de actividad laboral”* (Carretero et al., 2009)).

Flores et al (2012) define a la sobrecarga del cuidador como *“la experiencia subjetiva del cuidador de las demandas de atención, es un concepto multidimensional, con características objetivas y subjetiva. La carga objetiva corresponde a los cambios que debe realizar el cuidador en diversos ámbitos de la vida y la carga subjetiva se refiere a las reacciones emocionales frente a las demandas de cuidado”*. Otra definición utilizada por Pajares (2012) sobre este término es *“la dificultad para desempeñar el papel del cuidador familiar”*.

Partiendo de lo descrito podemos mencionar que el Síndrome del Cuidador Cansado, aparece cuando el nivel de carga que este presenta por las actividades dirigidas al cuidado del adulto mayor, rebasa su capacidad de adaptación,

relacionándose estrechamente con la apreciación subjetiva que tiene acerca del papel que desempeña (Pajares, 2012). Entre las variables implicadas para el desarrollo del fenómeno de sobrecarga encontramos:

- Inatención de su salud, esfera social y objetivos personales
- Entorno familiar desgastado, pérdida de una dinámica adecuada entre sus miembros, ausencia de límites y roles.
- Preocupación o generación de sentimientos de culpa por ausencia de preparación y noción técnica del papel que desempeña (Breinbauer, Vásquez, Mayans, Guerra, & Millán, 2009).

El resultado de padecer una mayor sobrecarga, menoscaba la salud física, mental y social del cuidador asociándose a trastornos depresivos, ansiedad, aislamiento social, economía familiar deteriorada en comparación con la población que no presenta sobrecarga del cuidador (Breinbauer et al., 2009).

4.4 Factores de riesgo para desarrollar Síndrome del Cuidador Cansado

El cuidador principal o primario que vive solo con el adulto mayor dependiente a su cuidado y sin ninguna otra actividad, corre el riesgo de presentar cuatro veces más trastornos emocionales y psicosomáticos comparados con aquellos cuidadores que conviven con más familiares y que se dedican a otra actividad. Entre los principales factores de riesgo para desarrollar este síndrome, encontramos:

- Sexo femenino
- Edad avanzada
- Problemas previos de salud física o psicológica
- Falta de redes de apoyo familiares y sociales
- Aislamiento social
- Alto grado de dependencia del adulto mayor a su cuidado
- Síntomas de psicosis, agresividad física o verbal y agitación del adulto mayor a su cuidado
- Horas de descanso nocturnas inadecuadas
- Falta de apoyo médico
- Desconocimiento del estado de salud actual del adulto mayor (Silva & Pérez, 2015).

4.5 Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit

La Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit es la herramienta más utilizada para diagnosticar este Síndrome, posee una sensibilidad 100% y especificidad del 90,5%, Adaptada al español por Montorio y colaboradores, quienes la aplicaron en cuidadores de personas mayores (Montero, Jurado, Valencia, Méndez, & Mora, 2015); valora la percepción subjetiva del cuidador y las repercusiones sobre su salud, interacción social, laboral, ocio y la relación con la persona cuidada, consta de 22 ítems y su puntuación oscila desde 0 (nunca) a 4 (casi siempre), dando un total entre 0 (mínimo) y 88 (máximo), cuya interpretación es de < 37 no sobrecarga, 37 a 44

sobrecarga leve y > 44 sobrecarga intensa (Pablo, Domínguez, Peláez, Rincón, & Orea, 2016).

4.6 Síndrome de sobrecarga del cuidador y maltrato

Autores como Wolf (1998), Nerenberg (2002) y Brandl (2007) concluyen que la sobrecarga del cuidador de personas dependientes tiene una asociación directa con el maltrato (Gracia, 2011). El estudio de Marín Risco (2002) refiere que el síndrome del cuidador cansado generado por estrés emocional y agotamiento físico crónico, quebranta la armonía de las relaciones interpersonales, sobre todo con la persona a su cuidado, desembocando en una actitud indiferente y un trato despersonalizado, convirtiendo ese sentimiento de carga como un factor de riesgo para propiciar agresión física, psicológica o negligencia hacia el anciano dependiente (Ocampo et al., 2007).

Un estudio con 236 cuidadores de pacientes dependientes concluye que uno de cada cinco experimentó miedo de perder su autocontrol y de presentar sentimientos de violencia, de este grupo, la tercera parte admitieron tener una conducta violenta generadora de maltrato (Pillemer & Sutor, 1992).

Gracia (2011) en una de sus publicaciones menciona que la dependencia de la víctima y el estrés del cuidador son factores relevantes como causa de maltrato de tipo financiero y psicológico, seguido en menor frecuencia por maltrato físico.

Finalmente podemos mencionar que la sobrecarga del cuidador es una de las posibles causas del maltrato familiar en ancianos dependientes, sin embargo no se constituye como la única que desencadene este fenómeno social.

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

3.1 Operacionalización de las variables:

VARIABLES	DEFINICION CONCEPTUAL	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA	FUENTE
1.-Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento de una persona, expresado en años hasta el momento actual.		Años cumplidos	Razón Promedio de edad	Encuesta
2.-Sexo	Condición de tipo orgánica que diferencia al hombre de la mujer, según características fenotípicas y genotípicas.		Características genotípicas	Hombre Mujer	Encuesta
3.-Estado civil	Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto		Proporción por sexo	Casado Unión Libre Soltero Viudo Divorciado	Encuesta
4.- Escolaridad.	Número de años aprobados en el sistema educativo del Ecuador.		Años aprobados	Promedio de años aprobados	Encuesta
5.-Ocupación	Actividad que realiza la persona, usualmente genera ingreso económico o beneficio.		Actividad a la que se dedican	Ama de casa Agricultor Obrero Artesano Empleado Negocio particular Jubilado Sin ocupación Otros	Encuesta
6.-Depen- dencia física	Estado en el cual se encuentran las personas que, por razones ligadas a la falta o pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual, necesitan asistencia de otra persona para realizar las actividades	Actividades básicas de la vida diaria.	Puntaje en la Escala de actividades básicas de la vida diaria de Barthel	Menor a 20 puntos: dependencia total 20-40 puntos: dependencia grave 45- 55 puntos: dependencia moderada 60-90 puntos: dependencia leve 100 puntos: independencia	Encuesta

VARIABLES	DEFINICION CONCEPTUAL	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA	FUENTE
	de la vida diaria.	Actividades instrumentales de la vida diaria	Puntaje en la Escala de actividades instrumentales de la vida diaria Lawton y Brody	(90 si paciente va en silla de ruedas) 0-3 puntos: Dependencia Intensa 4-7 puntos: Independencia moderada 8 puntos: Independencia total	
7.-Sobrecarga del cuidador.	Experiencia subjetiva del cuidador que incluye agotamiento emocional y físico por la demanda de atención de la persona a su cuidado	Agotamiento físico Agotamiento emocional Agotamiento social	Puntaje en la Escala de Zarit	Menos de 37 puntos: No sobrecarga 37-44 puntos: Sobrecarga leve Mayor a 44 puntos: Sobrecarga intensa	Encuesta
8.- Maltrato del adulto mayor	Es un acto único o repetido que causa daño o sufrimiento a una persona de edad, o la falta de medidas apropiadas para evitarlo, que se produce en una relación basada en la confianza. Existen diferentes tipos de maltrato: Maltrato físico, psicológico, económico, sexual y negligencia	Maltrato físico Maltrato psicológico Maltrato económico Maltrato sexual Negligencia Responsable del maltrato	Número de respuestas positivas de la Escala Psicométrica de Maltrato en Geriatría Vínculo de parentesco	0 respuestas positivas: Ausencia 1 o más respuestas positivas: Presencia 0 respuestas positivas: Ausencia 1 o más respuestas positivas: Presencia 0 respuestas positivas: Ausencia 1 o más respuestas positivas: Presencia 0 respuestas positivas: Ausencia 1 o más respuestas positivas: Presencia Parentesco de consanguinidad:	Encuesta

VARIABLES	DEFINICION CONCEPTUAL	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA	FUENTE
				Hijo (a) Hermano (a) Nieto (a) Bisnieto (a) Tío (a) Sobrino (a) Primo (a) Parentesco de afinidad: Cónyuge o conviviente Cuñado (a) Hijastro (a) Ahijado (a) Compadre, comadre Hermanastro (a) Otro parentesco Huésped Nuera Yerno Vecino	

3.2 Universo y muestra:

3.2.1 Universo: Basándonos en la primera atención realizada de los adultos mayores de 65 años y más, en la Consulta Externa del Hospital Luis Gabriel Dávila, de enero a diciembre del 2015, se encontró un universo de 2178 gerontes.

3.2.2 Muestreo: La muestra calculada para este estudio es de 491 adultos mayores, obtenida por medio del programa EPIDAT versión 3.1; con un tamaño poblacional de 2178 adultos mayores, una proporción esperada del 50% de maltrato en el adulto mayor, nivel de confianza del 95%, precisión absoluta del 5% y efecto de diseño de 1.5.

3.2.3 Tipo de muestreo: La selección de los pacientes para este estudio se realizó por medio de un muestreo no probabilístico, por conveniencia y que acepte participar en la investigación.

3.2.4 Criterios de inclusión: Adultos mayores desde 65 años y más con adecuado nivel cognitivo, valorado a través de preguntas de orientación en tiempo, espacio y persona, que acudan al servicio de consulta externa del Hospital Luis Gabriel Dávila junto con sus cuidadores directos y que acepten participar en este estudio.

3.2.5 Criterios de exclusión: Adultos mayores con discapacidad mental y alteraciones psiquiátricas.

3.3 Tipo de estudio: El diseño del estudio es de corte transversal.

3.4 Procedimientos de recolección de información

En el servicio de Consulta Externa del Hospital Luis Gabriel Dávila de la ciudad de Tulcán, se captó a los adultos mayores y sus cuidadores directos, que cumplían con los criterios de inclusión y que aceptaron participar en este estudio con la firma del consentimiento informado.

Se realizó una prueba piloto dirigida a 20 usuarios de la Consulta Externa de esta Unidad de Salud, y por los resultados obtenidos no fue necesario realizar modificaciones de los test utilizados. A continuación se aplicaron tres instrumentos:

dos de ellos dirigidos al adulto mayor y un tercero a su cuidador directo, además de una encuesta sociodemográfica dirigida a cada uno de ellos, la cual se aplicó en espacios que garantizaron la confidencialidad y veracidad de la información.

- Escala psicométrica de maltrato en Geriatria, validada en México, con alta aceptación interna, incluye 5 parámetros que miden el maltrato físico, psicológico, negligencia, económico y sexual, además incluye una pregunta final sobre el responsable del maltrato (L. Giraldo & Rosas, 2013).
- Escala de Barthel, es uno de los instrumentos más utilizado para la valoración del desempeño de actividades básicas de la vida diaria, tiene una sensibilidad del 85 al 90%; mide diez parámetros entre ellos: baño, alimentación, vestido, aseo personal, uso de retrete, transferencias (traslado cama-sillón), continencia urinaria, continencia fecal, subir y bajar escaleras; estableciendo el grado de independencia o dependencia según la puntuación obtenida, así: < 20: dependencia total, 20-40: dependencia grave, 45-55: dependencia moderada, 60-90: dependencia leve, 100: independencia (90 si paciente va en silla de ruedas) (Trigas et al., 2011).
- Escala de Lawton y Brody con una sensibilidad del 90,7% y una especificidad del 69%, evalúa la función física a través de las actividades instrumentales de la vida diaria; esta escala ha sido validada y utilizada por múltiples estudios gerontológicos y geriátricos, se basa en la respuesta de 8 ítems, cada uno con un valor correspondiente a un punto, su resultado se clasifica de la siguiente manera

independencia total 8 puntos, dependencia moderada de 4 a 7 puntos y dependencia intensa de 0 a 3 puntos (Trigas et al., 2011).

- A los cuidadores del adulto mayor se aplicó la Escala de Zarit con una sensibilidad 100% y especificidad del 90,5%, la misma utilizada para medir la percepción subjetiva de sobrecarga del cuidador, valorando las repercusiones sobre salud, relaciones sociales, laborales, ocio y la relación con la persona cuidada, consta de 22 ítems y su puntuación oscila desde 0 (nunca) a 4 (casi siempre), dando un total entre 0 (mínimo) y 88 (máximo), cuya interpretación es de <37 no sobrecarga, 37 a 44 sobrecarga leve y > 44 sobrecarga intensa (Breinbauer et al., 2009).

3.5 Plan de análisis de datos

La base de datos obtenida y su procesamiento estadístico fue realizado con el programa informático SPSS (Statistic Package for Social Science) versión 23 para Windows. El análisis se realizó mediante estadística descriptiva como: porcentajes y frecuencias para las variables cualitativas, para las cuantitativas se utilizó medidas de tendencia central, para el análisis bivariado se utilizó como medida de asociación el OR en el caso de las variables cualitativas y como prueba de hipótesis el chi cuadrado.

3.6 Aspectos bioéticos

Este estudio de investigación siguió los preceptos de la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial, garantiza la confidencialidad de las personas participantes y para su aplicación fue previamente aprobado por el Gerente y el Director Médico del Hospital Luis Gabriel Dávila de la Ciudad de Tulcán, así como del Subcomité de Investigación en seres humanos de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador.

El consentimiento informado fue entregado a cada uno de los participantes y debidamente firmado. En el manejo de la información se mantuvo el cifrado de la identificación de cada participante lo que aseguró el anonimato y la reserva de los datos.

3.7 Aspectos administrativos

3.7.1 Recursos:

RECURSOS HUMANOS	Equipo de investigación: Dra. Alexandra Abata y Dra. Verónica Guijarro.
RECURSOS MATERIALES	3 resmas de papel Bond. Esferográficos. Lápices. Borradores Computadoras Impresora carpetas de cartón Apoya manos.
RECURSOS INFORMÁTICOS	Programa Informático SPSS (Statistic Package for Social Science) versión 23 para Windows

3.7.3 Costos y presupuesto:

- | | |
|---|-----------------------------------|
| - | Materiales de escritorio: 100 USD |
| - | Movilización: 200 USD |
| - | Impresiones: 300 USD |
| - | Total: 800 USD |

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

1. Análisis Univariado

1.1 Variables del Adulto mayor

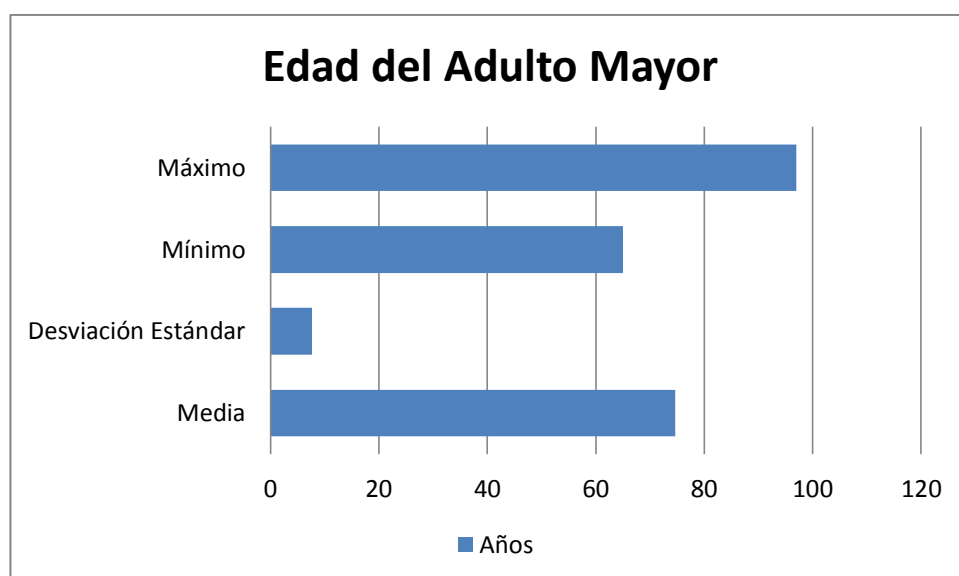
1.1.1 Características demográficas

Tabla 1. Edad del Adulto Mayor

Edad (años)	Media	Desviación Estándar	Mínimo	Máximo
Edad de los Adultos Mayores	74,67	7,630	65	97

Fuente: Sobrecarga del cuidador relacionado al maltrato del adulto mayor en usuarios del servicio de consulta externa del Hospital Luis Gabriel Dávila de la Ciudad de Tulcán, enero- noviembre 2016. Elaborado/Autoras: Abata A, Guijarro V.

Gráfico 1



Fuente: Sobrecarga del cuidador relacionado al maltrato del adulto mayor en usuarios del servicio de consulta externa del Hospital Luis Gabriel Dávila de la Ciudad de Tulcán, enero- noviembre 2016. Elaborado/Autoras: Abata A, Guijarro V.

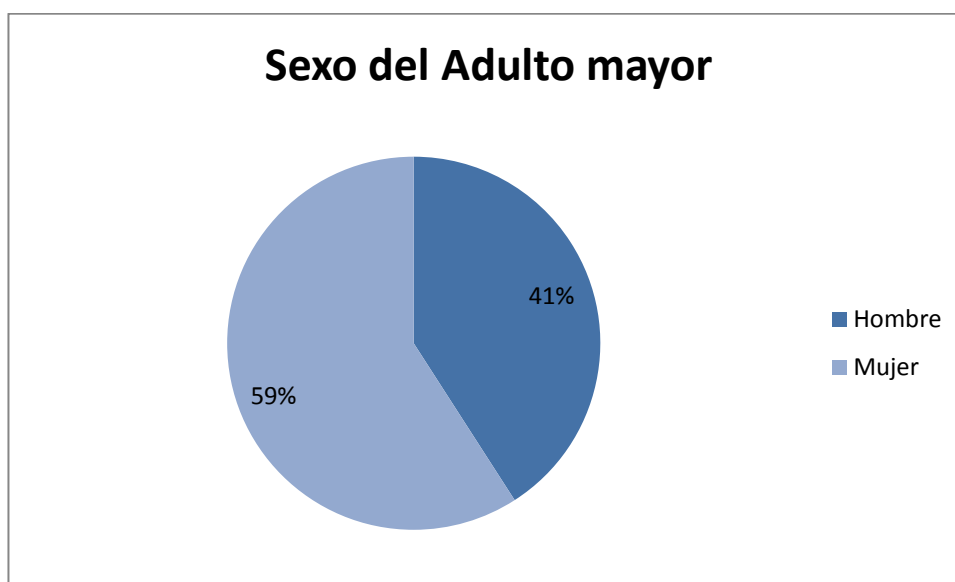
Se observa que la media de edad de los adultos mayores de este estudio es de 74 años, con una edad mínima de 65 años y una máxima de 97 años, correlacionándose con la esperanza de vida de nuestro país.

Tabla 2. Sexo de los Adultos Mayores

Sexo de los Adultos mayores	Frecuencias Absolutas (Nº)	Frecuencias Relativas (%)
Hombre	201	40,9
Mujer	290	59,1
TOTAL	491	100,0

Fuente: Sobrecarga del cuidador relacionado al maltrato del adulto mayor en usuarios del servicio de consulta externa del Hospital Luis Gabriel Dávila de la Ciudad de Tulcán, enero- noviembre 2016. Elaborado/Autoras: Abata A, Guijarro V.

Gráfico 2



Fuente: Sobrecarga del cuidador relacionado al maltrato del adulto mayor en usuarios del servicio de consulta externa del Hospital Luis Gabriel Dávila de la Ciudad de Tulcán, enero- noviembre 2016. Elaborado/Autoras: Abata A, Guijarro V.

En lo referente al sexo de los adultos mayores entrevistados encontramos que predomina el sexo femenino, indicando que ellas son las que buscan atención

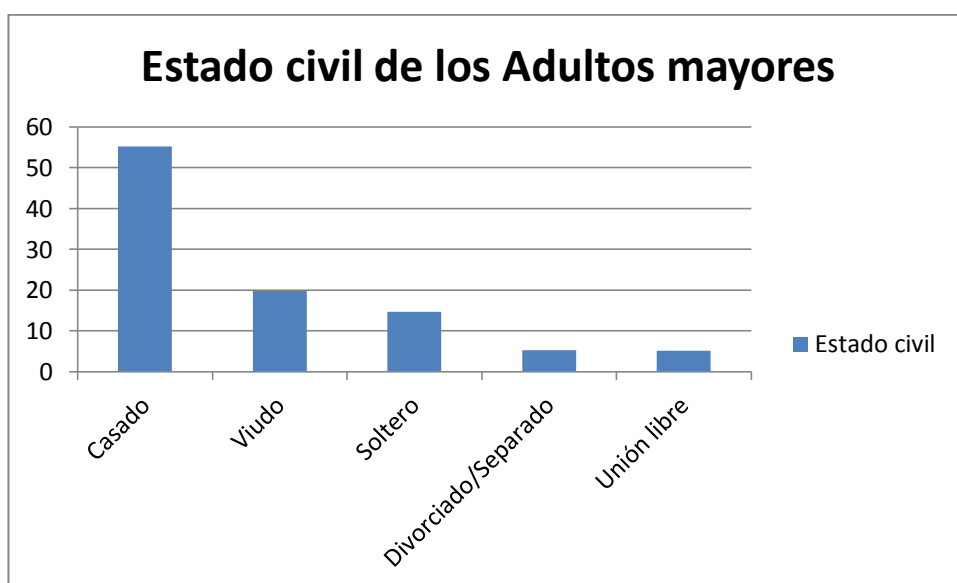
médica con mayor frecuencia en relación a los hombres, también estos datos pueden indicar el incremento de la esperanza de vida en el sexo femenino.

Tabla 3. Estado civil de los Adultos mayores

Estado Civil de los Adultos Mayores	Frecuencias Absolutas (N°)	Frecuencias Relativas (%)
Casado	271	55,2
Viudo	97	19,8
Soltero	72	14,7
Divorciado/Separado	26	5,3
Unión libre	25	5,1
Total	491	100,0

Fuente: Sobrecarga del cuidador relacionado al maltrato del adulto mayor en usuarios del servicio de consulta externa del Hospital Luis Gabriel Dávila de la Ciudad de Tulcán, enero- noviembre 2016. Elaborado/Autoras: Abata A, Guijarro V.

Gráfico 3



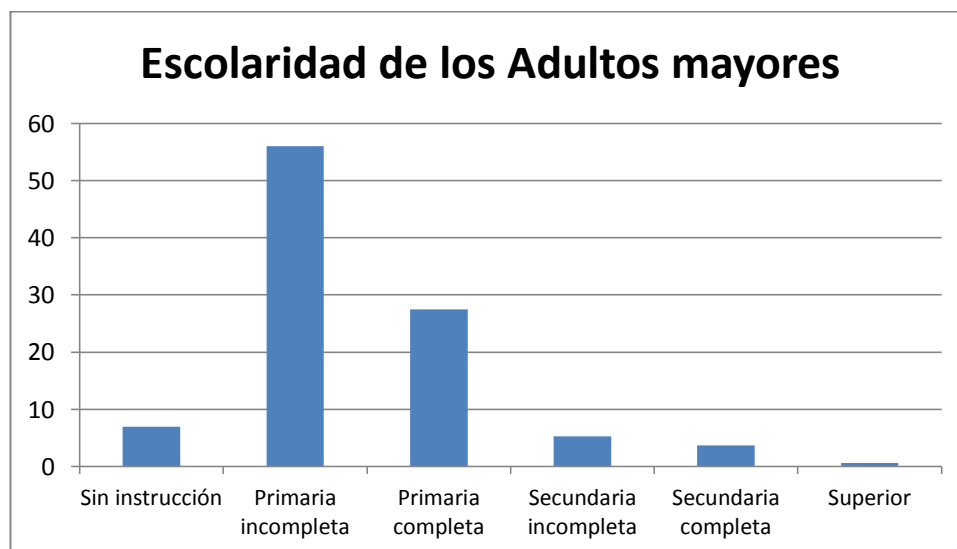
Elaborado por: Abata A, Guijarro V., en base a los datos obtenidos de la encuesta realizada en Consulta Externa del Hospital Luis Gabriel Dávila- Tulcán.

La mayoría de adultos mayores son casados, seguido de aquellos que son viudos y solteros; en menor porcentaje observamos adultos mayores divorciados y en unión libre.

Tabla 4. Escolaridad de los Adultos mayores

Nivel de instrucción del Adulto Mayor	Frecuencias Absolutas (N°)	Frecuencias Relativas (%)
Sin instrucción	34	6,9
Primaria incompleta	275	56,0
Primaria completa	135	27,5
Secundaria incompleta	26	5,3
Secundaria completa	18	3,7
Superior	3	0,6
Total	491	100,0

Fuente: Sobrecarga del cuidador relacionado al maltrato del adulto mayor en usuarios del servicio de consulta externa del Hospital Luis Gabriel Dávila de la Ciudad de Tulcán, enero- noviembre 2016. Elaborado/Autoras: Abata A, Guijarro V.

Gráfico 4

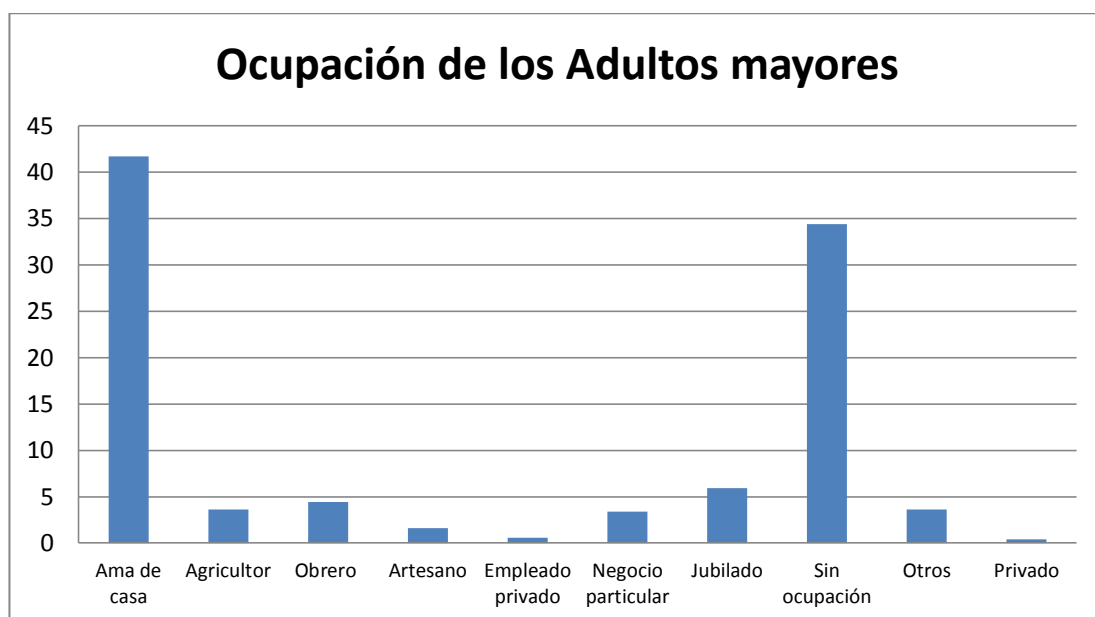
Fuente: Sobrecarga del cuidador relacionado al maltrato del adulto mayor en usuarios del servicio de consulta externa del Hospital Luis Gabriel Dávila de la Ciudad de Tulcán, enero- noviembre 2016. Elaborado/Autoras: Abata A, Guijarro V.

El nivel de escolaridad de la mayoría de los gerontes es primaria incompleta, representado el 56%; seguido en orden de frecuencia la primaria completa, tomando en cuenta que durante su generación la primaria era el nivel de escolaridad más accesible, es por ello que encontramos solamente un 5.3% y 3.7% de adultos mayores que accedieron a la secundaria incompleta y completa respectivamente. Además llama la atención el porcentaje de ancianos sin instrucción, lo que evidencia que en nuestro País aún existen niveles de analfabetismo.

Tabla 5. Ocupación de los Adultos mayores

Ocupación del Adulto mayor	Frecuencia Absoluta (N°)	Frecuencia Relativa (%)
Ama de casa	205	41,8
Agricultor	18	3,7
Obrero	22	4,5
Artesano	8	1,6
Empleado privado	5	1,0
Negocio particular	17	3,5
Jubilado	29	5,9
Sin ocupación	169	34,4
Otros	18	3,7
Total	491	100,0

Fuente: Sobrecarga del cuidador relacionado al maltrato del adulto mayor en usuarios del servicio de consulta externa del Hospital Luis Gabriel Dávila de la Ciudad de Tulcán, enero- noviembre 2016. Elaborado/Autoras: Abata A, Guijarro V.

Gráfico 5

Fuente: Sobrecarga del cuidador relacionado al maltrato del adulto mayor en usuarios del servicio de consulta externa del Hospital Luis Gabriel Dávila de la Ciudad de Tulcán, enero- noviembre 2016. Elaborado/Autoras: Abata A, Guijarro V.

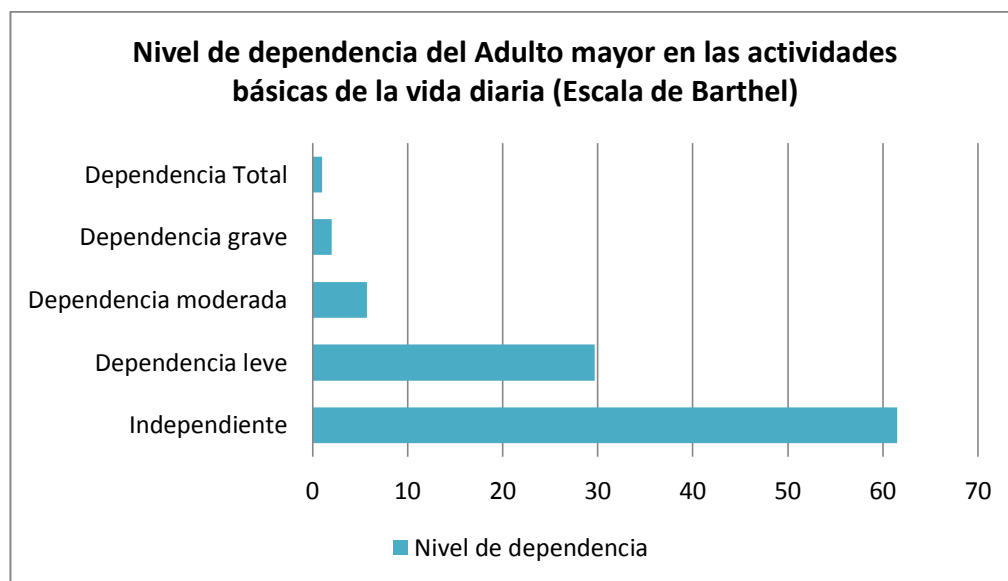
Desempeñarse como ama de casa es la ocupación que con mayor frecuencia tienen los adultos mayores (41,8%), rol asumido mayoritariamente por las, probablemente debido a que encontramos mayor participación de ellas en este estudio o en su defecto por la visión del papel de la mujer en la sociedad. Resulta considerable que una tercera parte de los adultos mayores no tengan ninguna ocupación, situación que puede resultar de su condición física y aislamiento social. Un porcentaje menor se encuentra representado por personas jubiladas y que se dedican a otras actividades informales y ocasionales.

1.1.2 Dependencia física de los Adultos mayores

Tabla 6. Dependencia de los Adultos Mayores en las Actividades Básicas de la Vida Diaria (Escala de Barthel)

Escala de Barthel (ABVD)	Frecuencias Absolutas (N°)	Frecuencias Relativas (%)
Independiente	302	61,5
Dependencia leve	146	29,7
Dependencia moderada	28	5,7
Dependencia grave	10	2,0
Dependencia Total	5	1,0
Total	491	100,0

Fuente: Sobrecarga del cuidador relacionado al maltrato del adulto mayor en usuarios del servicio de consulta externa del Hospital Luis Gabriel Dávila de la Ciudad de Tulcán, enero- noviembre 2016. Elaborado/Autoras: Abata A, Guijarro V.

Gráfico 6

Fuente: Sobrecarga del cuidador relacionado al maltrato del adulto mayor en usuarios del servicio de consulta externa del Hospital Luis Gabriel Dávila de la Ciudad de Tulcán, enero- noviembre 2016. Elaborado/Autoras: Abata A, Guijarro V.

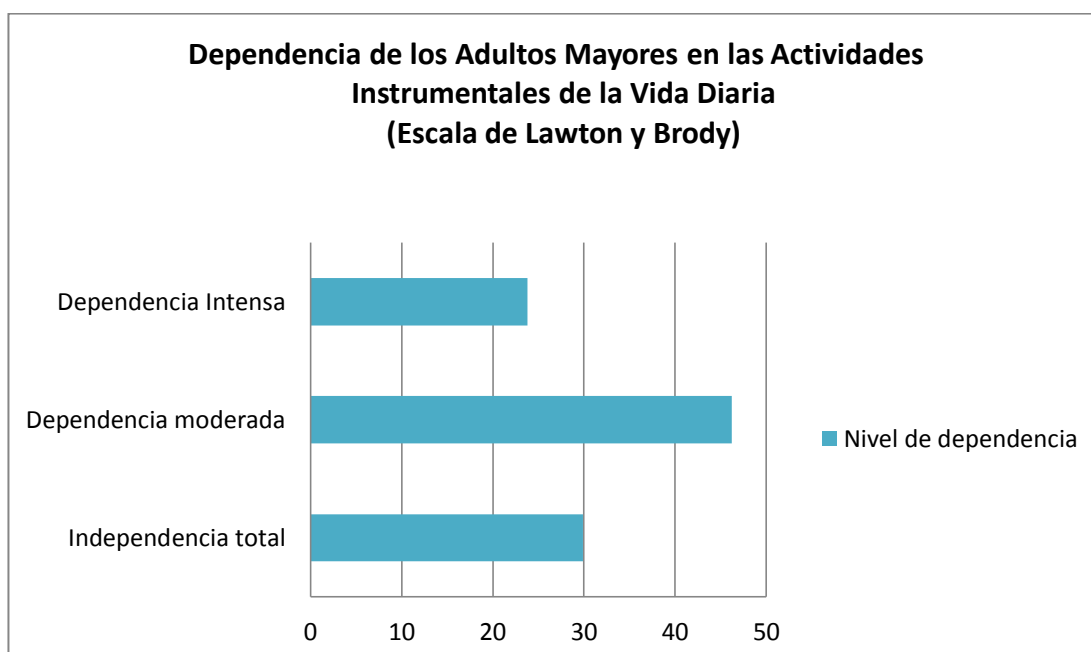
Según la dependencia en las actividades básicas de la vida diaria (Escala de Barthel) encontramos que del total de adultos mayores valorados el 38.4% son dependientes en algún grado, de ellos el 1% tienen dependencia total, 2% dependencia grave y el 5.7% dependencia leve. Recalcando que las actividades básicas son las últimas en afectarse durante el ciclo vital del adulto mayor; cabe considerar que los ancianos con mayor dependencia acuden con menor frecuencia a casas de salud en busca de atención, por lo que posiblemente no esté reflejado totalmente este grupo debido al diseño de nuestro estudio.

Tabla 7. Dependencia de los Adultos Mayores en las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (Escala de Lawton y Brody)

Escala de Lawton y Brody (AIVD)	Frecuencias Absolutas (Nº)	Frecuencias Relativas (%)
Independencia total	147	29,9
Dependencia moderada	227	46,2
Dependencia Intensa	117	23,8
Total	491	100,0

Fuente: Sobrecarga del cuidador relacionado al maltrato del adulto mayor en usuarios del servicio de consulta externa del Hospital Luis Gabriel Dávila de la Ciudad de Tulcán, enero- noviembre 2016. Elaborado/Autoras: Abata A, Guijarro V.

Gráfico 7



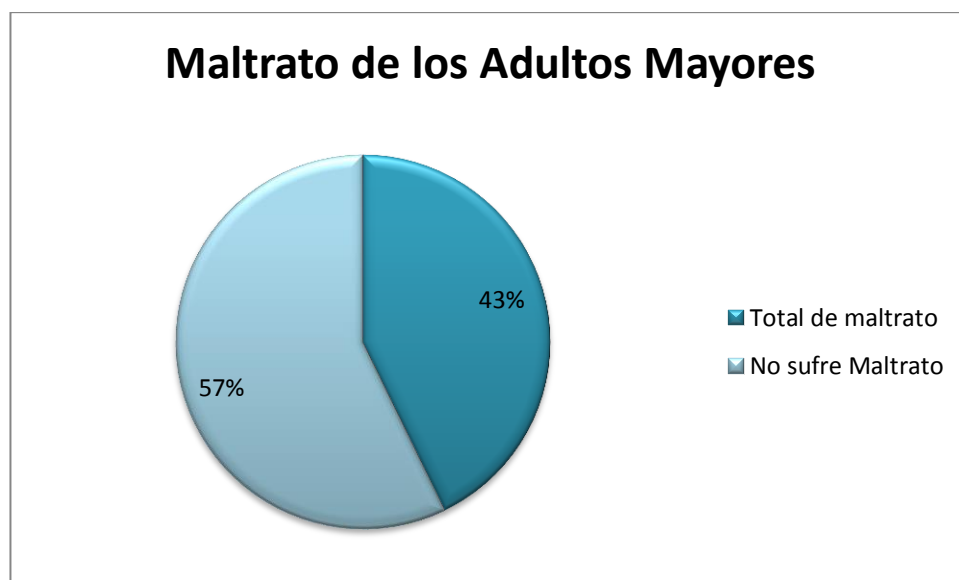
Fuente: Sobrecarga del cuidador relacionado al maltrato del adulto mayor en usuarios del servicio de consulta externa del Hospital Luis Gabriel Dávila de la Ciudad de Tulcán, enero- noviembre 2016. Elaborado/Autoras: Abata A, Guijarro V.

En lo referente al nivel de dependencia de los adultos mayores en las Actividades Instrumentales de la vida diaria, valorados con la Escala de Lawton y

Brody, encontramos que aproximadamente las dos terceras partes (70%) son dependientes en algún grado, de ellos el 23,8% tienen dependencia intensa y el 46.2% dependencia moderada, recalcando que las actividades instrumentales son las primeras en afectarse, razón por la cual los porcentajes de dependencia son mayores al ser comparados con las actividades básicas.

1.1.3 Maltrato de los adultos mayores

Gráfico 8



Fuente: Sobrecarga del cuidador relacionado al maltrato del adulto mayor en usuarios del servicio de consulta externa del Hospital Luis Gabriel Dávila de la Ciudad de Tulcán, enero- noviembre 2016. Elaborado/Autoras: Abata A, Guijarro V.

Tabla 8. Maltrato de los Adultos Mayores

Escala Psicométrica de Maltrato en Geriatria	Frecuencias Absolutas (N°)	Frecuencias Relativas (%)
Psicológico	120	24,4
Negligencia	45	9,2
Económico	11	2,2
Físico	4	0,8
Sexual	1	0,2
Más de un tipo de maltrato	29	5,9
Total de maltrato	210	42,8
No sufre Maltrato	281	57,2
Total	491	100,0

Fuente: Sobrecarga del cuidador relacionado al maltrato del adulto mayor en usuarios del servicio de consulta externa del Hospital Luis Gabriel Dávila de la Ciudad de Tulcán, enero- noviembre 2016. Elaborado/Autoras: Abata A, Guijarro V.

Tabla 9. Responsables del maltrato

Responsable del Maltrato	Frecuencias Absolutas (N°)	Frecuencias Relativas (%)
Hijo(a)	105	50
Conyugue o compañero	32	15,2
Hermano(a)	18	8,6
Nuera – Yerno	11	5,3
Sobrino	8	3,8
Otro familiar, pariente lejano	8	3,8
Cuidador(a)	5	2,3
No respondió	5	2,3
Nieto(a)	4	1,9
Cuñado	4	1,9
Vecino	4	1,9
Hijastro(a)	2	1
Otra persona no familiar	2	1
Tío	1	0,5
Concuño	1	0,5
Total	210	100

Fuente: Sobrecarga del cuidador relacionado al maltrato del adulto mayor en usuarios del servicio de consulta externa del Hospital Luis Gabriel Dávila de la Ciudad de Tulcán, enero- noviembre 2016. Elaborado/Autoras: Abata A, Guijarro V.

En lo referente al maltrato en los adultos mayores podemos observar que del total de la muestra el 42,8% sufre maltrato (Grafico 8), siendo los más frecuentes: el psicológico en un 24,4% y la negligencia en un 9,2%; además se encontró casos de maltrato económico en un 2.2%, los menos frecuentes fueron el maltrato físico en un 0,8% y el sexual en 0,2%. Además el 5.9% de los casos reportaron más de un tipo de maltrato (Tabla 8). Observamos que en orden de frecuencia los responsables del maltrato son: hijos, cónyuges, hermanos, yerno/nuera, quienes están en contacto directo con los ancianos (Tabla 9).

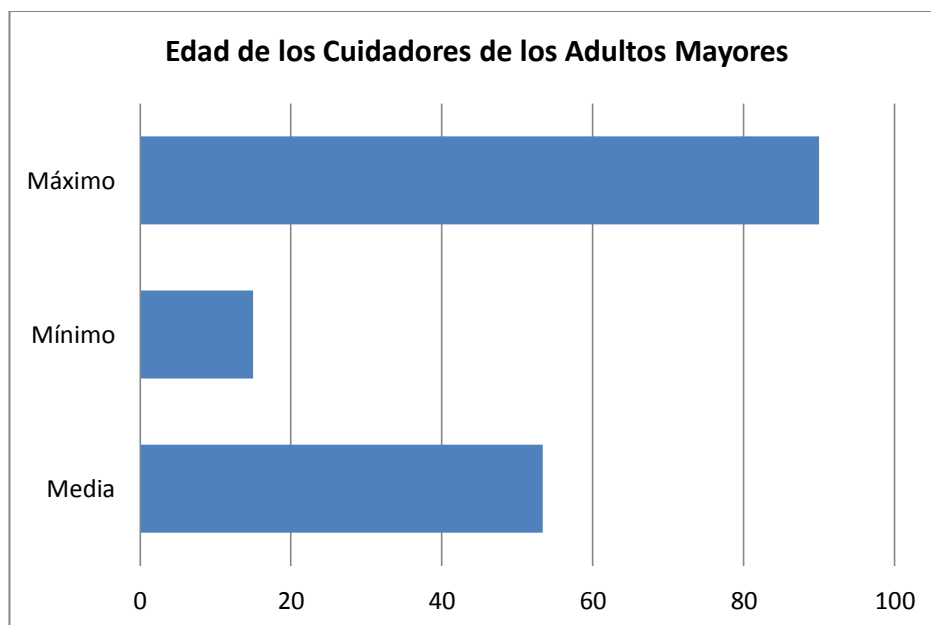
1.2 Variables del cuidador principal del Adulto Mayor

1.2.1 Características demográficas

Tabla 10. Edad de los Cuidadores

Edad (años)	Media	Desviación Estándar	Mínimo	Máximo
Edad de los Cuidadores	53,34	16,576	15	90

Fuente: Sobrecarga del cuidador relacionado al maltrato del adulto mayor en usuarios del servicio de consulta externa del Hospital Luis Gabriel Dávila de la Ciudad de Tulcán, enero- noviembre 2016. Elaborado/Autoras: Abata A, Guijarro V.

Gráfico 9

Fuente: Sobrecarga del cuidador relacionado al maltrato del adulto mayor en usuarios del servicio de consulta externa del Hospital Luis Gabriel Dávila de la Ciudad de Tulcán, enero- noviembre 2016. Elaborado/Autoras: Abata A, Guijarro V.

La edad promedio de los cuidadores encuestados, oscila en los 53 años de edad, siendo la edad mínima 15 años y la máxima de 90 años, reflejando que muchos adultos mayores por diversas circunstancias son cuidados por adolescentes (nietos) que no se encuentran en la capacidad de asumir ese rol. En contraposición a esta situación se halló adultos mayores de avanzada edad cuidando a un par; situaciones que predisponen a un mayor riesgo en el cuidado de los gerontes.

Tabla 11. Sexo de los cuidadores

Sexo de los cuidadores	Frecuencias Absolutas (N°)	Frecuencias Relativas (%)
Hombre	171	34,8
Mujer	320	65,2
TOTAL	491	100,0

Fuente: Sobrecarga del cuidador relacionado al maltrato del adulto mayor en usuarios del servicio de consulta externa del Hospital Luis Gabriel Dávila de la Ciudad de Tulcán, enero- noviembre 2016. Elaborado/Autoras: Abata A, Guijarro V.

Gráfico 10

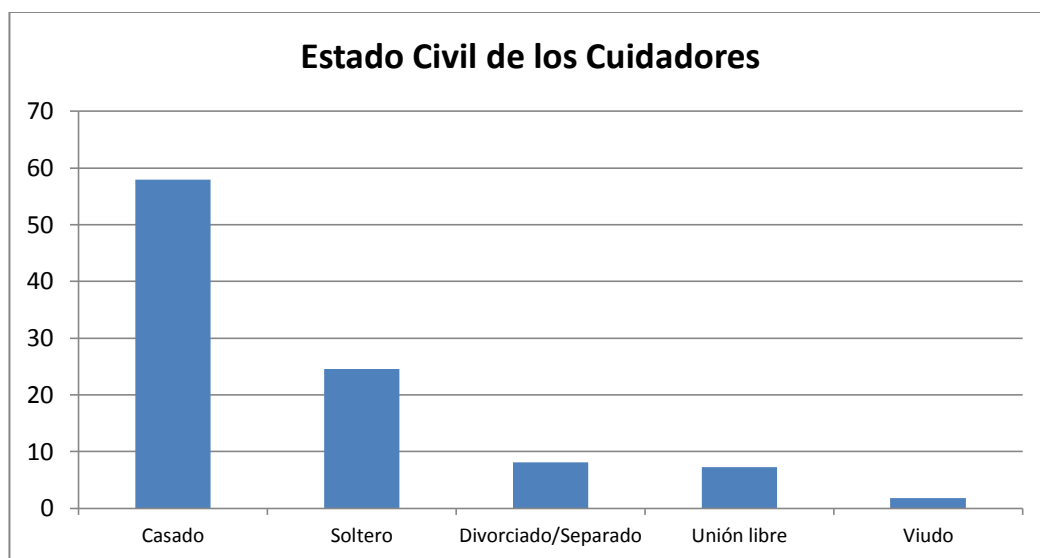
Fuente: Sobrecarga del cuidador relacionado al maltrato del adulto mayor en usuarios del servicio de consulta externa del Hospital Luis Gabriel Dávila de la Ciudad de Tulcán, enero- noviembre 2016. Elaborado/Autoras: Abata A, Guijarro V.

Las mujeres representan el 65% en el rol del cuidador directo, el porcentaje restante lo asumen los hombres, reflejando que nuestra sociedad mantiene aún la imagen de la mujer como proveedora de cuidados y de labores domésticas dentro del núcleo familiar.

Tabla 12. Estado civil de los cuidadores

Estado Civil de los cuidadores	Frecuencias Absolutas (N°)	Frecuencias Relativas (%)
Casado	285	58,0
Soltero	121	24,6
Divorciado/Separado	40	8,1
Unión libre	36	7,3
Viudo	9	1,8
Total	491	100,0

Fuente: Sobrecarga del cuidador relacionado al maltrato del adulto mayor en usuarios del servicio de consulta externa del Hospital Luis Gabriel Dávila de la Ciudad de Tulcán, enero- noviembre 2016. Elaborado/Autoras: Abata A, Guijarro V.

Gráfico 11

Fuente: Sobrecarga del cuidador relacionado al maltrato del adulto mayor en usuarios del servicio de consulta externa del Hospital Luis Gabriel Dávila de la Ciudad de Tulcán, enero- noviembre 2016. Elaborado/Autoras: Abata A, Guijarro V.

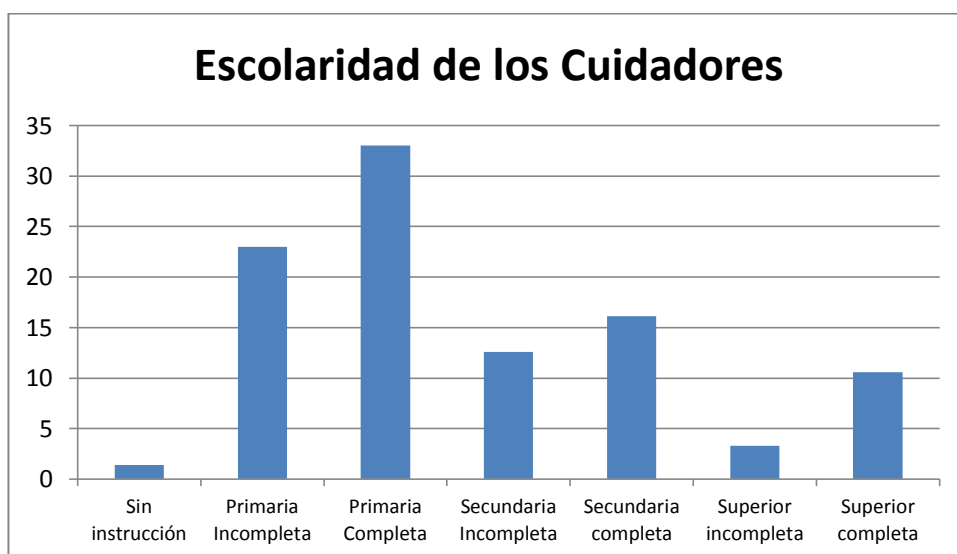
La mayoría de los cuidadores son casados, situación que puede incrementar la carga debido a las responsabilidades con su familia nuclear a la que se suma el

cuidado del adulto mayor; una cuarta parte de los cuidadores son solteros quienes por esta condición se quedaron en su familia de origen y asumieron de una u otra forma este rol.

Tabla 13. Escolaridad de los cuidadores

Nivel de instrucción de los cuidadores	Frecuencias Absolutas (Nº)	Frecuencias Relativas (%)
Sin instrucción	7	1,4
Primaria Incompleta	113	23,0
Primaria Completa	162	33,0
Secundaria Incompleta	62	12,6
Secundaria completa	79	16,1
Superior incompleta	16	3,3
Superior completa	52	10,6
Total	491	100,0

Fuente: Sobrecarga del cuidador relacionado al maltrato del adulto mayor en usuarios del servicio de consulta externa del Hospital Luis Gabriel Dávila de la Ciudad de Tulcán, enero- noviembre 2016. Elaborado/Autoras: Abata A, Guijarro V.

Gráfico 12

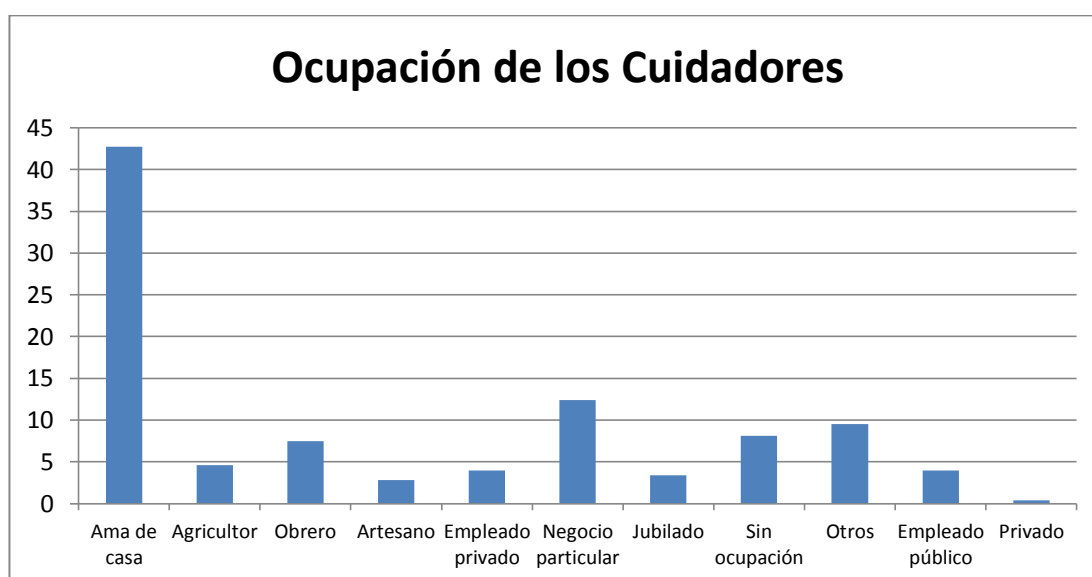
Fuente: Sobrecarga del cuidador relacionado al maltrato del adulto mayor en usuarios del servicio de consulta externa del Hospital Luis Gabriel Dávila de la Ciudad de Tulcán, enero- noviembre 2016. Elaborado/Autoras: Abata A, Guijarro V.

Llama la atención que la mayoría de cuidadores pese a encontrarse en una edad productiva solamente han cursado el nivel primario y muchos de ellos no lo culminado, en lo referente a la secundaria completa e incompleta el porcentaje es menor a las primeras, encontramos también cuidadores con instrucción superior completa y en menor porcentaje aquellos que no lograron terminar este nivel; por último es importante resaltar que el porcentaje de cuidadores sin instrucción está representado por adultos mayores que asumen este rol.

Tabla 14. Ocupación de los Cuidadores

Ocupación del Cuidador	Frecuencias Absolutas (N)	Frecuencias Relativas (%)
Ama de casa	210	42,76
Agricultor	23	4,68
Obrero	37	7,53
Artesano	14	2,85
Empleado privado	22	4,48
Negocio particular	61	12,42
Jubilado	17	3,46
Sin ocupación	40	8,14
Otros	47	9,57
Empleado público	20	4,07
Total	491	100,0

Fuente: Sobrecarga del cuidador relacionado al maltrato del adulto mayor en usuarios del servicio de consulta externa del Hospital Luis Gabriel Dávila de la Ciudad de Tulcán, enero- noviembre 2016. Elaborado/Autoras: Abata A, Guijarro V.

Gráfico 13

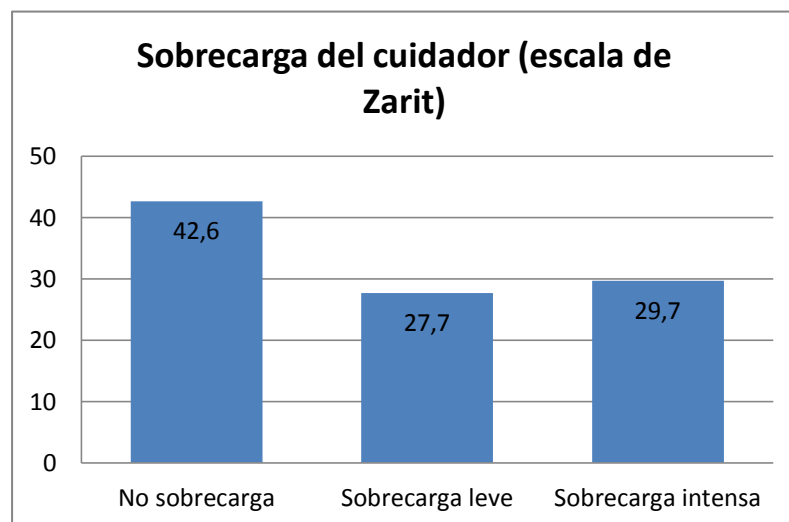
Fuente: Sobrecarga del cuidador relacionado al maltrato del adulto mayor en usuarios del servicio de consulta externa del Hospital Luis Gabriel Dávila de la Ciudad de Tulcán, enero- noviembre 2016. Elaborado/Autoras: Abata A, Guijarro V.

Los cuidadores principales se desempeñan con mayor frecuencia como amas de casa, lo que confirma que las mujeres son las que se encuentran asumiendo con mayor frecuencia este rol. Por otro lado encontramos que un 7.9% de los cuidadores no tienen una ocupación actual, situación que hace más vulnerable al adulto mayor y a su cuidador. Un 12% de los cuidadores manifestaron tener un negocio particular quizá por vivir en zona de frontera; el 23.9 % se dedican a diversas actividades como: Agricultores, obreros, artesanos, entre otros, labores que no brindan estabilidad económica y son ocasionales, situaciones que de alguna forma privarían al adulto mayor de los cuidados que necesita.

Tabla 15. Sobrecarga del Cuidador

Escala de Zarit	Frecuencias Absolutas (N°)	Frecuencias Relativas (%)
No sobrecarga	209	42,6
Sobrecarga leve	136	27,7
Sobrecarga intensa	146	29,7
Total	491	100,0

Fuente: Sobrecarga del cuidador relacionado al maltrato del adulto mayor en usuarios del servicio de consulta externa del Hospital Luis Gabriel Dávila de la Ciudad de Tulcán, enero- noviembre 2016. Elaborado/Autoras: Abata A, Guijarro V.

Gráfico 14

Fuente: Sobrecarga del cuidador relacionado al maltrato del adulto mayor en usuarios del servicio de consulta externa del Hospital Luis Gabriel Dávila de la Ciudad de Tulcán, enero- noviembre 2016. Elaborado/Autoras: Abata A, Guijarro V.

Al aplicar la Escala de Zarit para valorar la sobrecarga del cuidador encontramos que el 54.4% presentan sobrecarga como resultado del cuidado directo de un adulto mayor, de este porcentaje el 29,7% presentan sobrecarga intensa y el 27.7% sobrecarga leve, reflejando que el hecho de asumir este rol genera ciertos niveles de estrés en todas las esferas del cuidador, condición que influye en el bienestar del adulto mayor a su cuidado.

2. Análisis Bivariado

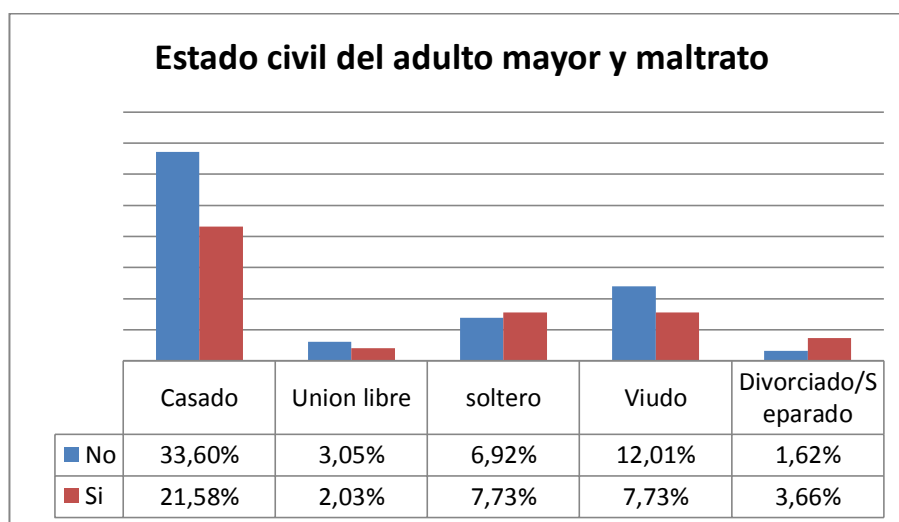
2.1 Análisis de las variables demográficas y maltrato del adulto mayor

Dentro de las variables independientes demográficas que constituyen factores de riesgo para el maltrato del adulto mayor, no obtuvimos una asociación estadística significativa en ninguna de ellas (Tabla 16).

Tabla 16 Análisis de las variables demográficas del adulto mayor y maltrato

Variables	OR	IC del 95%	Valor de P
Edad	0,636	0,363-1,117	0,265
Estado Civil	0,717	0,500-1,027	0,069
Ocupación	0,905	0,629-1,302	0,044
Escolaridad	1,113	0,603-2,052	0,195
Sexo	0,797	0,553,1,149	0,190

Fuente: Sobrecarga del cuidador relacionado al maltrato del adulto mayor en usuarios del servicio de consulta externa del Hospital Luis Gabriel Dávila de la Ciudad de Tulcán, enero- noviembre 2016. Elaborado/Autoras: Abata A, Guijarro V.

Gráfico 15

Fuente: Sobrecarga del cuidador relacionado al maltrato del adulto mayor en usuarios del servicio de consulta externa del Hospital Luis Gabriel Dávila de la Ciudad de Tulcán, enero- noviembre 2016. Elaborado/Autoras: Abata A, Guijarro V.

En este gráfico observamos que del 42,8% de los adultos mayores maltratados, el 21,58% son casados, seguido en frecuencia por los viudos y solteros representando cada uno de ellos el 7,73%, datos acordes a la literatura revisada donde la mayoría de los maltratadores son los cónyuges seguidos por los hijos quienes generalmente son los responsables del cuidado de sus familiares ancianos.

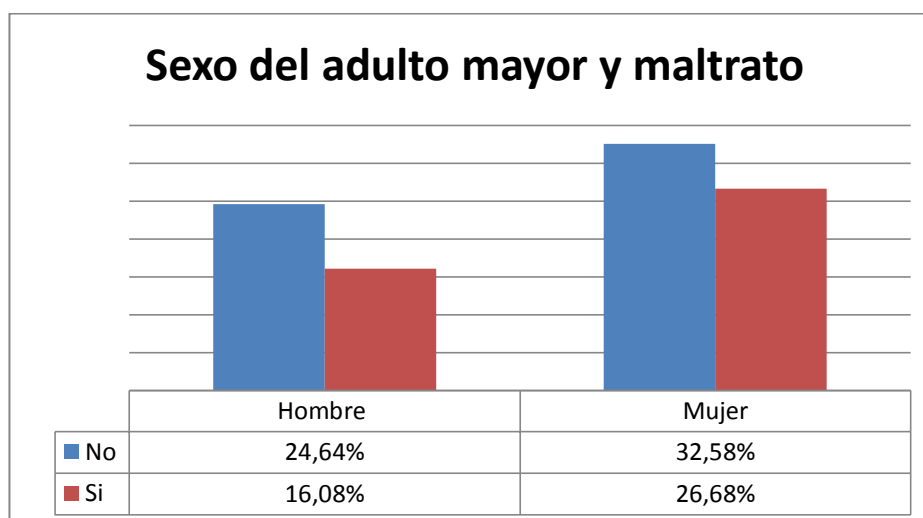
Por otro lado la ocupación del adulto mayor y su asociación con el maltrato no tiene una significancia relevante, sin embargo encontramos 91 adultos mayores (18,53%) que se desempeñan como amas de casa y que han sido víctimas de alguna forma de maltrato, seguido por aquellos ancianos que no reportaron ninguna ocupación (Tabla 17).

Tabla 17. Ocupación del adulto mayor y maltrato

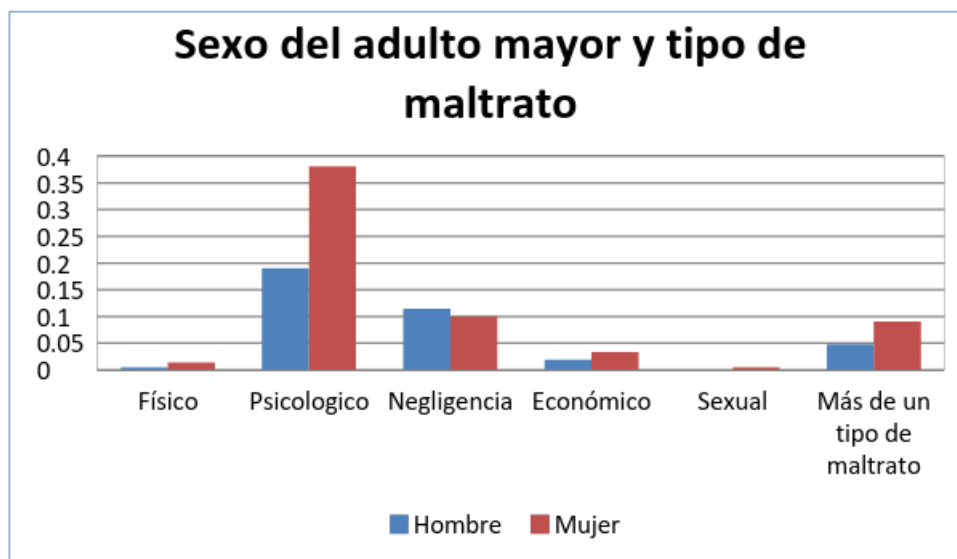
Ocupación	No		Si	
	Frecuencia Absoluta (N)	Frecuencia Relativa (%)	Frecuencia Absoluta (N)	Frecuencia Relativa (%)
Ama de casa	113	23,01	91	18,53
Jubilado	22	4,48	7	1,42
Sin ocupación	89	18,12	81	16,49
Otros	57	11,60	31	6,31
Total	281	57,23	210	42,76

Fuente: Sobrecarga del cuidador relacionado al maltrato del adulto mayor en usuarios del servicio de consulta externa del Hospital Luis Gabriel Dávila de la Ciudad de Tulcán, enero- noviembre 2016. Elaborado/Autoras: Abata A, Guijarro V.

De todos los tipos de maltrato, el psicológico fue el más frecuente, afectando predominantemente a las mujeres (Gráfico 16, 17), pese a esto la fuerza de asociación entre estas variables no tiene significancia estadística con un valor de P de 0,19 (Tabla 16).

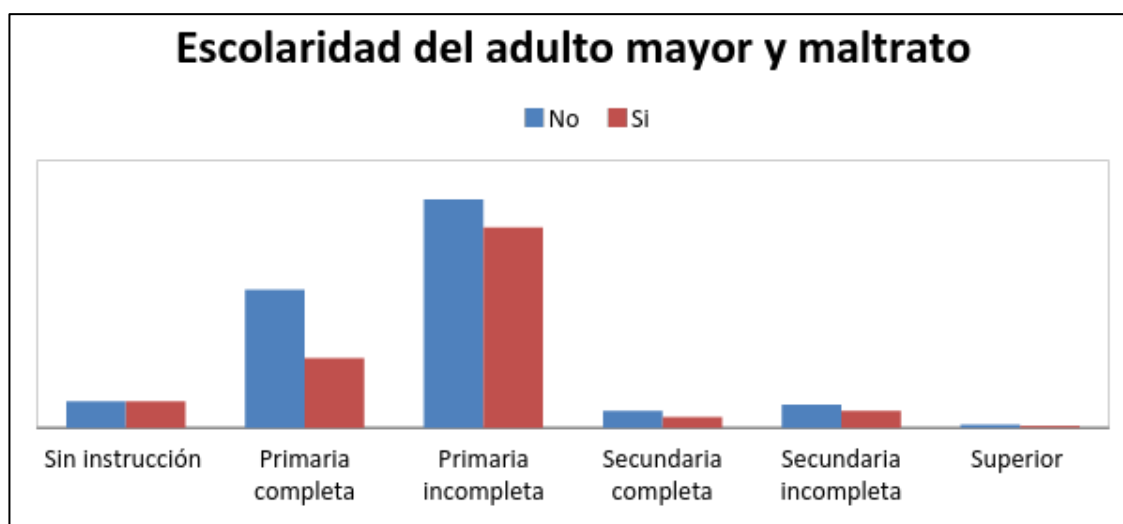
Gráfico 16

Fuente: Sobrecarga del cuidador relacionado al maltrato del adulto mayor en usuarios del servicio de consulta externa del Hospital Luis Gabriel Dávila de la Ciudad de Tulcán, enero- noviembre 2016. Elaborado/Autoras: Abata A, Guijarro V.

Gráfico 17

Fuente: Sobrecarga del cuidador relacionado al maltrato del adulto mayor en usuarios del servicio de consulta externa del Hospital Luis Gabriel Dávila de la Ciudad de Tulcán, enero- noviembre 2016. Elaborado/Autoras: Abata A, Guijarro V.

Pese a no existir asociación entre nivel de escolaridad y maltrato (Tabla 16), observamos que los adultos mayores con primaria incompleta sufrieron algún tipo de maltrato en mayor frecuencia.

Gráfico 18

Fuente: Sobrecarga del cuidador relacionado al maltrato del adulto mayor en usuarios del servicio de consulta externa del Hospital Luis Gabriel Dávila de la Ciudad de Tulcán, enero- noviembre 2016. Elaborado/Autoras: Abata A, Guijarro V.

Los adultos mayores comprendidos entre 65 y 74 años son los que sufrieron en mayor frecuencia algún tipo de maltrato, considerando que la asociación entre escolaridad del adulto mayor y maltrato no es significativa (tabla 18).

Tabla 18. Edad del adulto mayor y maltrato

Edad	Maltrato			
	No		Si	
	Frecuencia absoluta (N)	Frecuencia relativa (%)	Frecuencia absoluta (N)	Frecuencia relativa (%)
65-74	147	29,93	101	20,57
75-84	108	21,99	80	16,29
>= 85	26	5,29	29	4,07
Total	281	57,23	210	42,8

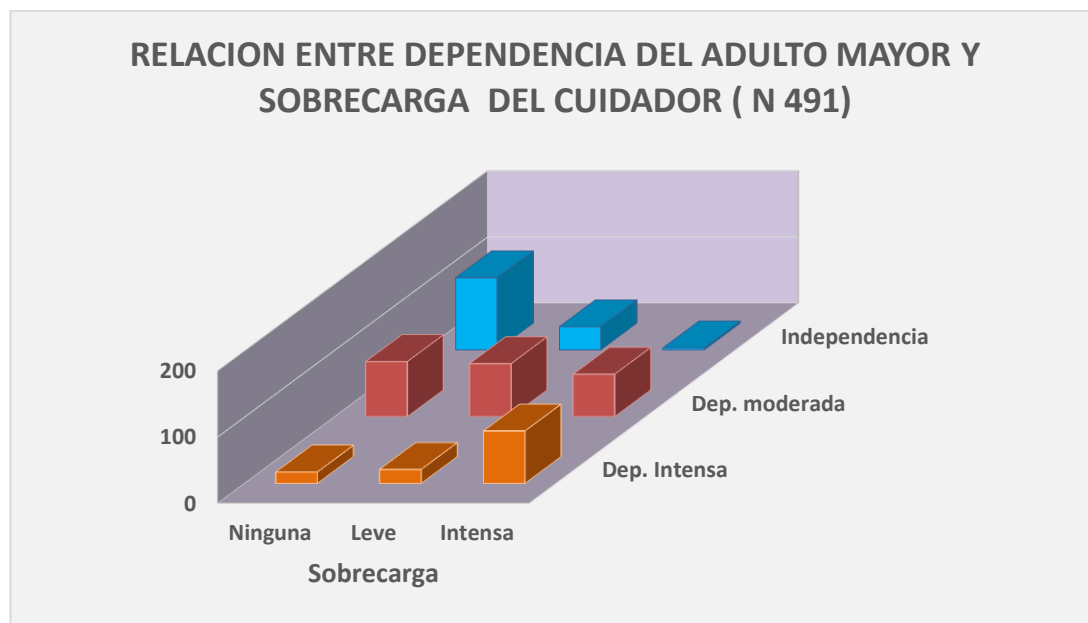
Fuente: Sobrecarga del cuidador relacionado al maltrato del adulto mayor en usuarios del servicio de consulta externa del Hospital Luis Gabriel Dávila de la Ciudad de Tulcán, enero- noviembre 2016. Elaborado/Autoras: Abata A, Guijarro V.

1.1 Nivel de dependencia física y sobrecarga del cuidador

Tabla 19. Dependencia del adulto mayor y sobrecarga en el cuidador

	No sobrecarga	Sobrecarga leve	Sobrecarga intensa	Total
Independencia total	109	35	3	147
Dependencia moderada	83	80	64	227
Dependencia Intensa	17	21	79	117
Total	209	136	146	491

Fuente: Sobrecarga del cuidador relacionado al maltrato del adulto mayor en usuarios del servicio de consulta externa del Hospital Luis Gabriel Dávila de la Ciudad de Tulcán, enero- noviembre 2016. Elaborado/Autoras: Abata A, Guijarro V.

Gráfico 19

Fuente: Sobrecarga del cuidador relacionado al maltrato del adulto mayor en usuarios del servicio de consulta externa del Hospital Luis Gabriel Dávila de la Ciudad de Tulcán, enero- noviembre 2016. Elaborado/Autoras: Abata A, Guijarro V.

La sobrecarga de cuidador y el nivel de dependencia del adulto mayor tienen una fuerte asociación estadística con un chi cuadrado de 161,735, 4 grados de libertad, un valor crítico de 9,488; nivel de confianza del 95%, 0,05% de error alfa y un valor de P de 0,001, lo que nos permite determinar que el mayor nivel de dependencia del adulto mayor genera mayor sobrecarga en el cuidador directo (Tabla 19) (Gráfico 19).

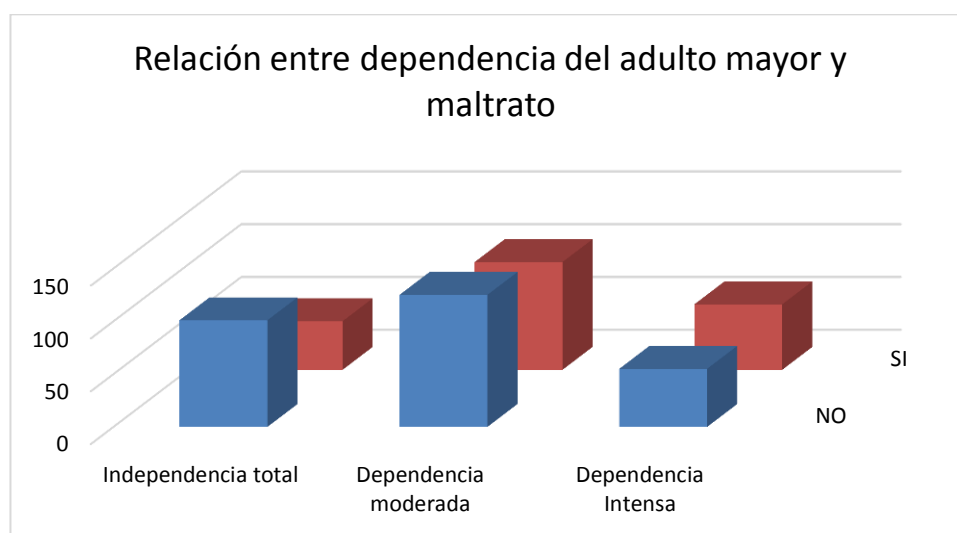
2.3 Maltrato del adulto mayor según su nivel de dependencia

Tabla 20. Dependencia del adulto mayor y maltrato

Escala de Lawton y Brody	Maltrato			
	NO		SI	
Grado de dependencia	Frecuencia Absoluta (N°)	Frecuencia Relativa (%)	Frecuencia Absoluta (N°)	Frecuencia Relativa (%)
Independencia total	101	20,57	46	9,36
Dependencia moderada	125	25,45	102	20,77
Dependencia Intensa	55	11,20	62	12,62
Total	281	57,23	210	42,76

Fuente: Sobrecarga del cuidador relacionado al maltrato del adulto mayor en usuarios del servicio de consulta externa del Hospital Luis Gabriel Dávila de la Ciudad de Tulcán, enero- noviembre 2016. Elaborado/Autoras: Abata A, Guijarro V.

Gráfico 20

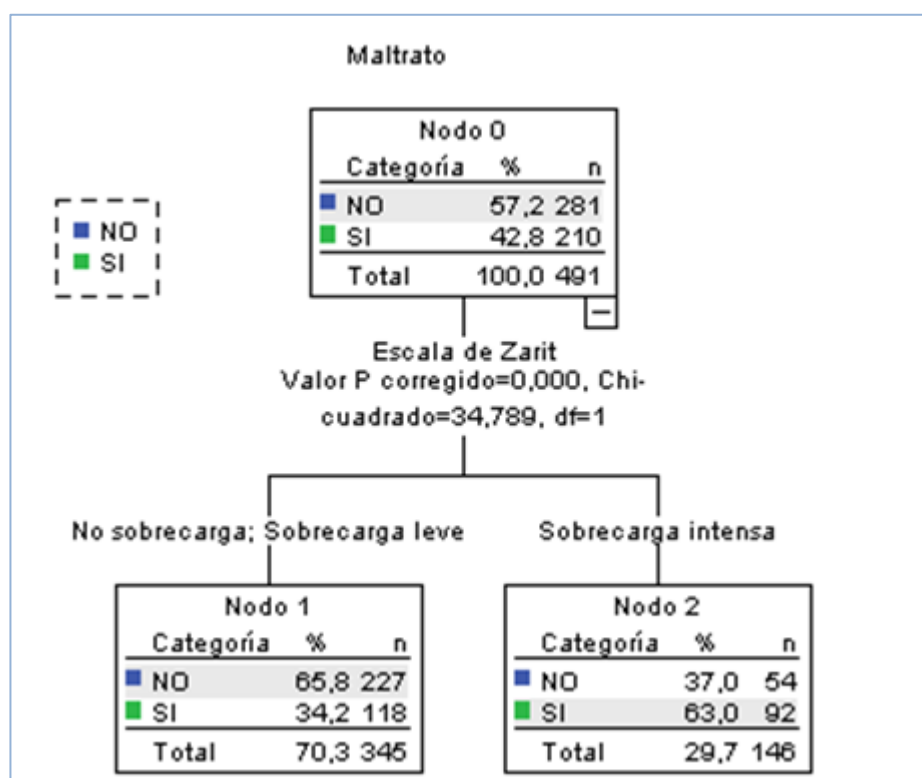


Fuente: Sobrecarga del cuidador relacionado al maltrato del adulto mayor en usuarios del servicio de consulta externa del Hospital Luis Gabriel Dávila de la Ciudad de Tulcán, enero- noviembre 2016. Elaborado/Autoras: Abata A, Guijarro V.

Asociando el maltrato y el nivel de dependencia en actividades instrumentales de la vida diaria del adulto mayor encontramos una asociación significativa determinada por un chi cuadrado de 13,34, para 2 grado de libertad, un valor crítico de 5,991; nivel de confianza del 95%, error alfa de 0,05%, obteniendo un valor de P de 0,001. Con esto determinamos que la dependencia física del adulto mayor está asociada con maltrato.

2.4 Sobrecarga del cuidador directo y maltrato al adulto mayor

Tabla 21. Análisis de sobrecarga del cuidador y maltrato al adulto mayor



Fuente: Sobrecarga del cuidador relacionado al maltrato del adulto mayor en usuarios del servicio de consulta externa del Hospital Luis Gabriel Dávila de la Ciudad de Tulcán, enero- noviembre 2016. Elaborado/Autoras: Abata A, Guijarro V.

Al correlacionar las variables: maltrato del adulto mayor con sobrecarga del cuidador encontramos una asociación significativa, un chi cuadrado de 34,789, para 1 grado de libertad, un valor crítico de 3,841; nivel de confianza del 95%, 0,05% de error alfa y un valor de P de 0,000, es decir que la sobrecarga del cuidador principal tiene relación con el maltrato al adulto mayor, sobre todo en cuidadores con un grado de sobrecarga intensa a diferencia de aquellos que tienen una sobrecarga leve o no la presentan.

CAPITULO V

DISCUSIÓN

La transición demográfica ha permitido que el número de adultos mayores incremente notablemente, con predominio de la población femenina (ONU, 2014), esto como consecuencia del incremento de la esperanza de vida, (SENPLADES, 2008); situando a este grupo como prioritario debido a ser socialmente vulnerable, en el que puede presentarse alguna forma de maltrato, constituyéndose de esta manera un problema de salud pública que atenta con la integridad del adulto mayor (OMS, 2014).

El grupo de adultos mayores estudiado en esta investigación, estuvo constituido en su mayoría por población femenina en un 59%. La edad media de los participantes fue de 74 años con una mínima de 65 años y una máxima de 97 años, los adultos mayores casados representaron el 55,2%, viudos 19,8%, solteros 14,7%, divorciados o separados 5,3% y en unión libre 5,1%, en lo referente a su nivel de escolaridad encontramos que el 56% de estos han cursado la primaria incompleta, seguido del 27,5% con primaria completa, sin instrucción el 6,9% y un mínimo porcentaje ha culminado la secundaria completa o a tenido estudios superiores. La ocupación predominante fue en un 41,8% la de amas de casa, el 18% se dedican a otras actividades, el 5,9% son jubilados y el 34,4% no realizan ninguna actividad.

En Europa se reporta el 69% de maltrato al adulto mayor (Eslami et al., 2016); países Latinoamericanos como Chile registra el 63,4% (SENAMA, 2013), Colombia 10,9% (Cano et al., 2012), Venezuela 68,7% (Fernández, Socarrás, Velásquez, Nápoles, & Díaz, 2015) Perú 79% (Silva, Río, Silva, Coelho, & Partezina, 2015) y nuestro país el 39%, en ciudades como Quito (SABE, 2009) y 50.6% en Cuenca (Collaguazo & Delgado, 2015). En esta investigación encontramos un 42,8% de adultos mayores que sufrieron algún tipo de maltrato, siendo los más frecuentes el maltrato psicológico en un 24,4% y la negligencia en el 9,2%, datos que se aproximan a los reportados en los anteriores estudios, destacando la similitud con los datos reportados en Chile, en el que el maltrato psicológico es del 35,3% y la negligencia del 9,2% (SENAMA, 2013). El maltrato físico, económico y sexual los menos frecuentes, al igual que en el presente estudio. Resaltando que en nuestro estudio se encontró un 5.9% de adultos mayores que sufrieron más de un tipo de maltrato, hecho no reflejado en los mencionados estudios y que predispone a una mayor vulnerabilidad.

El responsable del maltrato es frecuentemente un miembro de la familia, predominantemente hijos y cónyuges (Letelier, 2005) coincidiendo con los datos que hemos obtenido, donde el 50% son hijos y el 15,2% cónyuges.

Las mujeres con un rango de edad entre 65 a 74 años son las que más presentaron maltrato, de los 491 casos analizados el 26,68% fueron mujeres, frente a un 16,08% de los hombres. Se halló además que los adultos mayores maltratados en su mayoría son casados (51,58%) que no han culminado el nivel primario y se

ocupan generalmente en labores domésticas, ratificando los datos descritos por Adams, (2012). Existen muchos estudios contradictorios en cuanto a la asociación del maltrato y las características demográficas del adulto mayor (Letelier, 2005), encontrando que estas variables en nuestro estudio no tuvieron significancia estadística.

En países desarrollados la tasa de dependencia es del 10% aproximadamente, mientras que en Latinoamérica existen prevalencias que fluctúan entre el 12.82% (Hidalgo & Loyo, 2012) al 33% siendo las mujeres las más afectadas en relación a los hombres (Manrique et al., 2011), así el 38.4% de los adultos mayores de este estudio son dependientes para las Actividades Básicas y de ellos el 7,7% tienen una dependencia moderada y grave; a diferencia de lo que ocurre con los adultos mayores con dependencia moderada e intensa para las Actividades Instrumentales que representan el 70%, observando que el 33.39% de estos, fueron víctimas de algún tipo de maltrato, asociación estadísticamente significativa con un valor de $P 0,001$, lo que permite entender que la pérdida de autonomía es condicionante para la generación de maltrato, tal y como se evidencia en un estudio realizado en Chicago con 6159 participantes (Dong et al., 2012).

Las características de los cuidadores principales contrastan con las descritas en otros estudios, identificando que las mujeres (65,2%) con una edad promedio de 53 años, son las que principalmente cumplen este rol, en comparación con los hombres (34,8 %), en otras características encontradas en relación a los cuidadores tenemos que en su mayoría son casados (58%), solteros (24,6%),

divorciados/separados (8,1%), unión libre (7,3%) y viudos (1,8%); por lo general han terminado el nivel primario (33%), mientras que un 23% no lo ha logrado, el 12,6% y el 16.1% han cursado secundaria incompleta y secundaria completa respectivamente, llama la atención que en este grupo encontramos un 10,6% con nivel de instrucción superior, a diferencia de los adultos mayores. Al ser las mujeres las encargadas del cuidado de los adultos mayores encontramos que un 42,7% se dedican a las labores domésticas, el 4,68% a labores agrícolas, 40,92% a otras actividades como el comercio y la artesanía, observando además que el 8,14% no tienen ninguna ocupación.

De los cuidadores entrevistados encontramos que el 57,4% sufre algún grado de sobrecarga y de estos el 29,7% tienen sobrecarga intensa; asociando la dependencia física del adulto mayor con la sobrecarga del cuidador encontramos que el 49,6% de estos presentan algún grado de sobrecarga, asociación significativa con un valor de $P = 0,001$, situación semejante a la descrita en el estudio “*Sobrecarga asociada con el cuidado de ancianos dependientes*” (Ocampo et al., 2007).

Otra asociación significativa que se encontró en este estudio es la relación existente entre sobrecarga del cuidador principal (63,0%) y el maltrato al adulto mayor (42,8%), mucho más evidente en aquellos cuidadores que tienen un mayor grado de sobrecarga, determinado con un chi cuadrado de 34,789 y un valor de P de 0,000, siendo esta relación igualmente descrita en la publicación de Gracia (2011), donde la dependencia de la víctima y el estrés del cuidador son factores determinantes para el incremento del riesgo de maltrato.

Hay que recalcar que debido al diseño de estudio los adultos mayores que presentaron un alto grado de dependencia física probablemente por su condición, fueron los que menos acudieron al Hospital en busca de atención médica y por esta circunstancia su participación no fue totalmente visualizada, así como tampoco su situación frente al maltrato.

CAPÍTULO VI

CONCLUSIONES

- 1.** La dependencia física del adulto mayor constituyó un factor de riesgo para la sobrecarga del cuidador principal y esto a su vez incrementó el riesgo de maltrato en la población estudiada.
- 2.** En este estudio predominó la participación femenina tanto del adulto mayor como de su cuidador, debido a que fueron ellas las que acudieron en mayor proporción al Hospital; la media de edad de los adultos mayores y sus cuidadores fue de 73 y 54 años respectivamente, con nivel primario de instrucción y que se desempeñan como amas de casa.
- 3.** Se encontró un menor porcentaje de adultos mayores con dependencia física para actividades básicas, a diferencia de aquellos que presentaron dependencia para actividades instrumentales, evidenciando que son las primeras actividades afectadas en esta etapa del ciclo vital.
- 4.** Más de la mitad de los cuidadores de adultos mayores con dependencia física, presentaron algún grado de sobrecarga, por lo que el cuidado directo de esta población constituye un factor de riesgo para la generación del síndrome del cuidador cansado.

5. En esta investigación se determinó que el maltrato del adulto mayor no se asocia con ninguna de las características demográficas estudiadas.

RECOMENDACIONES

1. En vista de que los gerontes con un mayor grado de dependencia son más vulnerables frente al maltrato y que sus cuidadores presentan un mayor grado de sobrecarga, se debería diseñar un estudio que recolecte datos en sus domicilios, lo que permitiría una mejor visualización de este problema.
2. Se hace necesario realizar estudios en otras poblaciones de nuestro País, puesto que los que existen hasta el momento son escasos, en comparación con otros países latinoamericanos como Chile y México, en donde se ha priorizado a este grupo vulnerable.
3. Todos los profesionales de la salud involucrados en la atención de este grupo etario, deberían abordar e identificar los factores de riesgo para el maltrato del adulto mayor y la sobrecarga del cuidador principal, con el fin de brindar una atención preventiva e integral y al mismo tiempo evitar el subregistro de este evento, por lo cual recomendamos establecer como parte de la atención al adulto mayor, la aplicación de la escala Psicométrica de Maltrato en Geriatria, así como la evaluación conjunta del cuidador con la Escala de Zarit.

4. Siendo el primer nivel de salud el que se encuentra directamente relacionado con el entorno familiar de los adultos mayores, sería importante realizar estudios similares en este nivel, con el objetivo diseñar intervenciones como clubes de cuidadores y adultos mayores, que incluya: Intervención psicológica, fortalecimiento de redes de apoyo, seguimiento domiciliario a los casos encontrados y notificación legal a las autoridades pertinentes.

5. Debido a las condiciones sociales que viven los gerontes, sugerimos realizar una campaña social dirigida a promocionar el buen trato al adulto mayor, en cada una de las instituciones públicas, que permita revalorizar y dignificar su imagen.

Referencias bibliográficas:

- Abellán, A., & Hidalgo, R. (2011). Definiciones de discapacidad en España. *Informes Portal Mayores*, (109), 3,4.
- Adams, Y. (2012). Maltrato en el adulto mayor institucionalizado. *Revista Médica Clínica Los Condes*, 23(1), 84–90.
- Agullo, P., Altarriba, M., Donet, A., Blanquer, J., Castejón, R., Gillem, E., ... Zarate, V. (2002). Instrumentos de valoración del programa de atención a domicilio. *Grupo de Atención Domiciliaria SVMFYC*, 01(1).
- AMM. (2013). Declaración de Helsinki de la AMM - Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. *World Medical Association, Inc*, 1–8. <http://doi.org/10.1001/jama.2013.281053>
- Anglin, D., & Homeier, D. (2014). Elder Abuse and Neglect. In *Rosen's Emergency Medicine - Concepts and Clinical Practice, 2-Volume Set* (Eighth Edi, pp. 885–892). Elsevier Inc. <http://doi.org/10.1016/B978-1-4557-0605-1.00069-5>
- Asamblea Nacional. (2008). Constitución Política de la República del Ecuador.
- Borghi, A., Castro, V., Marcon, S., & Carreira, L. (2013). Artículo Original Sobrecarga de familiares cuidadores de ancianos con la Enfermedad de Alzheimer : un estudio comparativo. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 21(4), 8.
- Bover, A., Moreno, M., Mota, S., & Taltavull, J. (2003). El maltrato a los ancianos en el domicilio . Situación actual y posibles estrategias de intervención, 32(9), 541–551.
- Breinbauer, H., Vásquez, H., Mayans, S., Guerra, C., & Millán, T. (2009). Validación en Chile de la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit en sus versiones original y abreviada. *Revista Médica de Chile*, 137(5), 657–665. <http://doi.org/10.4067/S0034->

98872013000800020

- Brügger, S., Jaquier, A., Sottas, B., & Angehörigen, P. Der. (2015). Belastungserleben und Coping-Strategien pflegender Angehöriger. *Springer-Verlag Berlin Heidelberg*, 1–5. <http://doi.org/10.1007/s00391-015-0940-x>
- Campos, J., Estrella, J., Escobar, M., & Fernández, A. (2011). *Guía Práctica de la Ley de Dependencia* (Primera ed). Madrid.
- Cano, S., Garzón, M., Segura, A., & Cardona, D. (2012). Factores asociados al maltrato del adulto mayor de Antioquia , 2012. *Revista de La Facultad Nacional de Salud Pública*, 33(1), 70–74.
- Cardona, D., Segura, Á., Berbesí, D., Ordoñez, J., & Agudelo, A. (2011). Características demográficas y sociales del cuidador en adultos mayores. *Investigaciones Andina*, 13(22), 178–193.
- Carretero, S., Garcés, J., Ródenas, F., & Sanjosé, V. (2009). The informal caregiver's burden of dependent people: Theory and empirical review. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 49(1), 74–79. <http://doi.org/10.1016/j.archger.2008.05.004>
- Carrizales, D., Corrales, M., Aranguren, D., & Fernández, V. (2013). Maltrato del adulto mayor. Retrieved from www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/maltrato-del-adulto-mayor/
- Cepal. (2012). Carta de San José sobre los derechos de las personas mayores de América Latina y el Caribe. 2012, 1–20.
- CITE_FLACSO. (2015). *Transformaciones demográficas y proceso de urbanización en Ecuador*. Quito.
- Cofre, D. (2009). ¿Quiénes son los Adultos mayores?
- Collaguazo, V., & Delgado, M. (2015). *Prevalencia y factores asociados a los adultos*

- mayor que acuden al programa de proceso activo de envejecimiento del adulto mayor de Seguro Social de Cuenca en el año 2015.* Universidad e Cuenca.
- CONADIS. (2013). *Agenda nacional para la Igualdad en discapacidades 2013-2017* (Primera, Vol. 1). Quito.
- Corbacho, K. (2013). *El maltrato en el anciano.* Universidad de Cantabria.
- Cortés, E., Riveros, L., & Pineda, G. (2013). Clasificación internacional del funcionamiento, la discapacidad y certificación de discapacidad en Colombia. *Revista Salud Pública*, 15(1), 129–137.
- Crespo, & López. (2007). *El apoyo a los cuidadores de familiares mayores dependientes en el hogar: desarrollo del programa “Cómo mantener su bienestar.”* (Artegraf, Ed.) (Primera). Madrid.
- Delgado, E., González, E., Vallesteros, A., Pérez, J., Aragon, R., & M, S. (n.d.). ¿ Existen instrumentos válidos para medir el síndrome del cuidador familiar ? Una revisión sistemática de la literatura . *Sacyl*. Castilla y León.
- Díaz, H., Lemus, N., Gonzáles, W., Licort, O., & Gort, O. (2015). Repercusión ética del cuidador agotado en la calidad de vida de los ancianos. *Revista de Ciencias Médicas*, 19(3).
- Domínguez, J. A., Ruíz, M., Gómez, I., Gallego, E., Valero, J., & Izquierdo, M. T. (2012). Ansiedad y depresión en cuidadores de pacientes dependientes. *Semergen*, 38(1), 16–23. <http://doi.org/10.1016/j.semerg.2011.05.013>
- Dong, X., Simon, M., & Evans, D. (2012). Decline in Physical Function and Risk for Elder Abuse Reported to Social Services in a Community-Dwelling Population of Older Adults. *NIH Public Access*, 60(10), 1922–1928. <http://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2012.04147.x>.Decline

- Durán, M., & García, S. (2005). Presente y futuro del cuidado de dependientes en España y Alemania. *Boletín Sobre El Envejecimiento* 16, 1–36.
- Egea, C., & Sarabia, A. (2001). Clasificaciones de la OMS sobre discapacidad. *Artículos Y Notas*, 15–30.
- Eslami, B., Viitasara, E., Macassa, G., Melchiorre, M. G., Lindert, J., Stankunas, M., ... Soares, J. J. F. (2016). The prevalence of lifetime abuse among older adults in seven European countries. *International Journal of Public Health*, 1–11.
<http://doi.org/10.1007/s00038-016-0816-x>
- Fernández, M. (2006). Malos tratos a los ancianos.
- Fernández, P., Socarrás, E., Velásquez, L., Nápoles, M., & Díaz, R. (2015). Violencia intrafamiliar en el sector venezolano Las Tunitas. *MEDISAN*, 16(7), 0–7.
<http://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- Flores, G. E., Rivas, R. E., & Seguel, P. F. (2012). Nivel de sobrecarga en el desempeño del rol del cuidador familiar de adulto mayor con dependencia severa. *Ciencia Y Enfermería*, XVIII(1), 29–41. <http://doi.org/10.4067/S0717-95532012000100004>
- Freire. (2010). *SABE. Encuesta de salud Bienestar y envejecimiento, Presentación de resultados*. Quito.
- Fundazioa, F. E. (2009). *Envejecer con Exito: Prevenir la dependencia* (Primera). Cataluña.
- García, C., Gutiérrez, L., & Jiménez, J. (2014). *Enevejecimiento y dependencia. Realidades y previsión para los próximos años* (Primera ed). México D.F.
- Giraldo, C., Franco, G., Correa, L., Salazar, M., & Tamayo, A. (2005). Cuidadores familiares de ancianos : quiénes son y cómo asumen este rol. *Revista de La Facultad Nacional de Salud Pública*, 23(2), 1–14.

- Giraldo, L. (2010). Maltrato de personas mayores. *El Residente*, 5(2), 85–91.
- Giraldo, L., & Rosas, O. (2013). Development and psychometric properties of the Geriatric Mistreatment Scale. *Geriatrics Gerontology International*, 13, 466–474.
<http://doi.org/10.1111/j.1447-0594.2012.00894.x>
- González, F., Massad, C., & Lavanderos, F. (2009). Estudio Nacional de la Dependencia en las Personas Mayores. *SENAMA Gobierno de Chile*, 10–12. Retrieved from
<http://www.senama.cl/filesapp/Estudio Nacional de Dependencia en las Personas Mayores.pdf>
- González, M. (2004). *Discapacidad/Dependencia unificación de criterios de valoración y clasificación* (primera). Madrid.
- Gracia, J. (2011). El maltrato familiar hacia las personas mayores . Algunas reflexiones para la delimitación de un territorio de fronteras difusas. *Oñati Socio-Legal Series*, 8, 1–26.
- Hidalgo, A., & Loyo, C. (2012). *Dependencia en el adulto mayor para realizar sus actividades de la vida diaria*. Univerisdad Veracruzana.
- Letelier, A. (2005). Maltrato en la Vejez. *Revista de Psicología*, 1(14), 99:112.
- Lorenzo, T., Maseda, A., & Millán, J. (2008). *La dependencia en las personas mayores: necesidades percibidas y modelo de intervención de acuerdo a género y hábitat* (Primera). Galicia: IGISS. Retrieved from
http://gerontologia.udc.es/librosL/pdf/la_dependencia_en_las_personas_mayores.pdf
- Manrique, B., Salinas, A., Moreno, K., & Téllez, M. (2011). Prevalencia de dependencia funcional y su asociación con caídas en una muestra de adultos mayores pobres en México. *Salud Publica de México*, 53(1), 26–33.
- Marín, P., & Castro, S. (2000). Abuso o maltrato en el adulto mayor.

- Montero, X., Jurado, S., Valencia, A., Méndez, J., & Mora, I. (2015). Escala de carga del cuidador de Zarit: Evidencia de Validez en México. *Psicooncología*, 11(1), 129–140. <http://doi.org/10.5209/rev>
- Ocampo, J., Herrera, J., Torres, P., Jhon, R., Lobo, L., & García, A. (2007). Sobrecarga asociada con el cuidado de ancianos dependientes. *Colombia Médica*, 38(1), 40–46.
- OMS. (2011). Informe mundial sobre la discapacidad (2011). Retrieved from http://www.who.int/entity/disabilities/world_report/2011/accessible_es.pdf?ua=1
- OMS. (2013). 10 datos sobre discapacidad.
- OMS. (2014). Definición de enfermedad según la OMS y concepto de salud. Retrieved from <http://www.elblogdelasalud.es/definicion-enfermedad-segun-oms-concepto-salud/>
- OMS. (2015). Discapacidad y salud. Who.
- OMS. (2016). Día Internacional de las Personas Mayores. Retrieved from http://www.who.int/ageing/events/idop_rationale/es/
- OMS. (2016). Maltrato de las personas mayores. Retrieved from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs357/es/>
- ONU. (2014). *La situación demográfica en el mundo 2014. Informe conciso. Departamento de Asuntos Económicos y Sociales.*
- Organización de las Naciones Unidas. (1982). Plan De Acción Envejecimiento. Viena.
- Organización Mundial de la Salud. (2002). *Declaración de Toronto para la prevención global del maltrato a las personas mayores. Revista Española de Geriatria y Gerontología* (Vol. 37). Retrieved from <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-articulo-declaracion-toronto-prevencion-global-del-13045226>

- Pablo, R., Domínguez, B., Peláez, V., Rincón, S., & Orea, A. (2016). Propiedades Psicométricas De La Escala De Carga Zarit Para Cuidadores De Pacientes Con Insuficiencia Cardíaca. *Integración Académica En Psicología*, 4(11), 93–100.
- Pajares, M. (2012). Cansancio del rol del cuidador. *REDUCA (Enfermería, Fisioterapia Y ...)*, 4(1), 717–750. Retrieved from <http://revistareduca.es/index.php/reduca-enfermeria/article/view/1015>
- Pillemer, K., & Suitor, J. J. (1992). Violence and violent feelings: What causes them among family caregivers? *Journals of Gerontology*, 47(4), S165–S172. <http://doi.org/http://dx.doi.org/10.1093/geronj/47.4.S165>
- Rodríguez, T., González, A., Díaz, P., & Rodríguez, V. (2011). Estudio Longitudinal Envejecer en España : El proyecto ELES. *Boletín Sobre Envejecimiento*, 50, 1–36.
- SEDEMA. (2013). Detección y Manejo del Maltrato en el Adulto Mayor. *Gobierno Federal Mexicano*.
- Segovia, M., & Torres, E. (2011). Funcionalidad del adulto mayor y el cuidado enfermero. *Gerokomos*, 22(4), 162–166. <http://doi.org/10.4321/S1134-928X2011000400003>
- SENAMA. (2005). Definición y tipificación del maltrato al Adulto Mayor en Chile. Santiago de Chile.
- SENAMA. (2013a). El maltrato hacia las personas Mayores en la región metropolitana de Chile.
- SENAMA. (2013b). *Maltrato a las personas mayores en Chile : Haciendo visible lo invisible*. (M. T. A. L. & M. C. A, Eds.) (1st ed.). Santiago de Chile.
- SENPLADES. (2008). Ecuador hoy y en el 2025: Apuntes sobre la evolución demográfica. *SENPLADES*.

- Silva, J., Río, A. del, Silva, N., Coelho, S., & Partezina, R. (2015). Violencia intrafamiliar en el adulto mayor que vive en el distrito de Breña, Perú. *Revista de La Facultad de Medicina*, 63(3), 367–375.
- Silva, P., & Pérez, V. (2015). *Identificación del síndrome del cuidador cansado y su relación con la funcionalidad del adulto mayor a su cargo en pacientes de la consulta externa del servicio de geriatría de hospital Quito N1 de la policía en el periodo comprendido entre octubre del 20*. Pontificia Universidad Católica del Ecuador.
- Trigas, M., Ferreira, L., & Meijide, H. (2011). Escalas de valoración funcional en el anciano. *Galicia Clinica/ Sociedad Galena de Medicina Interna*, 72(1), 11–16.
- Vilalta, J., & Valles, A. (2009). *Calidad de vida de los cuidadores familiares: evaluación mediante un cuestionario*. Universidad de Barcelona.
- Zavala, M. (2014). La transición demográfica en México (1895-2010). *HAL Archives-Ouvertes*, 0–40.
- Zavala, M., Vidal, D., Castro, M., Quiroga, P., & Klassen, G. (2006). Funcionamiento Social Del Adulto Mayor. *Ciencia Y Enfermería*, 12(2), 53–62.
<http://doi.org/10.4067/S0717-95532006000200007>
- Zavaleta. (2012). Problemática social de los adultos mayores. Retrieved from
[file:///C:/Users/sony/Desktop/transsicion/rol social/Problemática social de los adultos mayores_ Definición de adulto mayor \(Mónica Zavaleta Rangel\).html](file:///C:/Users/sony/Desktop/transsicion/rol%20social/Problem%C3%A1tica%20social%20de%20los%20adultos%20mayores_Definici%C3%B3n%20de%20adulto%20mayor%20(M%C3%B3nica%20Zavaleta%20Rangel).html)

ANEXOS:

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
POSGRADO DE SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA

ENCUESTA DIRIGIDA AL ADULTO MAYOR

N° de encuesta_____

La presente encuesta tiene como finalidad recolectar información necesaria que ayudará en el trabajo de investigación del cual previamente fue informado y de forma voluntaria aceptado, misma que consiste en preguntas simples de una sola respuesta a la cual solicitamos contestar de la forma más sincera posible.

1.-Edad (años cumplidos):_____

2.-Sexo: Hombre____Mujer: ____

3.-Estado civil:

Casado____ Unión libre____ Soltero____ Viudo____ Divorciado____.

4.-Escarlaridad.

Sin instrucción ____Primaria completa (6 años)____ Primaria incompleta.(< 6 años)____

Secundaria completa (6 años)____Secundaria incompleta (<6 años)____

Superior -----

5.-Ocupación:

Ama de casa____ Agricultor____ Obrero____ Artesano____ Empleado

Privado____ Negocio particular____ jubilado____ Sin ocupación____ otros____

6.- Con quién vive?

Hijo (a)_____
 Hermano (a)_____
 Nieto (a)_____
 Bisnieto (a)_____
 Tío (a)_____
 Sobrino (a)_____
 Primo (a)_____
 Cónyuge_____
 conviviente_____
 Cuñado (a)_____

Hijastro (a)_____
 Ahijado (a)_____
 Compadre,comadre_____
 Hermanastro (a)_____
 Otro parentesco_____
 Huésped_____
 Nuera_____
 Yerno_____
 Otro _____

POSGRADO DE SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA**ENCUESTA DIRIGIDA AL CUIDADOR DEL ADULTO MAYOR**

N° de encuesta_____

La presente encuesta tiene como finalidad recolectar información necesaria que ayudará en el trabajo de investigación del cual previamente fue informado y de forma voluntaria aceptado, misma que consiste en preguntas simples de una sola respuesta a la cual solicitamos contestar de la forma más sincera posible.

1.-Edad (años cumplidos):_____

2.-Sexo:

Hombre____Mujer: _____

3.-Estado civil:

Casado____ Unión libre____ Soltero____ Viudo____ Divorciado_____.

4.-Escolaridad.

Sin instrucción. ____Primaria completa____ Primaria incompleta.____

Secundaria completa.____Secundaria incompleta.____ Superior
completa.____ Superior incompleta._____.

5.-Ocupación:

Ama de casa____ Agricultor____ Obrero____ Artesano____ Empleado

Privado____ Negocio particular____ jubilado____ Sin ocupación____ otros_____

6.- Parentesco con el adulto mayor a su cuidado:_____

Escala psicométrica de maltrato en Geriatría:

Escala psicométrica de maltrato en Geriatría (versión original)	
En el último año.	
FISICO	
¿Le han golpeado?	
¿Le han dado puñetazos o patadas?	
¿Le han empujado o le han jalado el pelo?	
¿Le han aventado algún objeto?	
¿Le han agredido con algún cuchillo o navaja?	
PSICOLOGICO	
¿Le han humillado o se han burlado de usted?	
¿Le han tratado con indiferencia o le han ignorado?	
¿Le han aislado o le han corrido de la casa?	
¿Le han hecho sentir miedo?	
¿No han respetado sus decisiones?	
¿Le han prohibido salir o que la visiten?	
NEGLIGENCIA	
¿Le han dejado de proporcionar la ropa, el calzado, etc.?	
¿Le han dejado de suministrar los medicamentos que necesita?	
¿Le han negado protección cuando la necesita?	
¿Le han negado acceso a la casa que habita?	
ECONOMICO	
¿Alguien ha manejado o maneja su dinero sin su consentimiento?	
¿Le han quitado su dinero?	
¿Le han tomado sin permiso algún bien de su propiedad?	
¿Le han vendido alguna propiedad de su pertenencia sin su consentimiento?	
¿Le han presionado para que deje de ser usted el propietario de su casa o de alguna otra propiedad?	
SEXUAL	
¿Le han exigido tener relaciones sexuales aunque usted no quiera?	
¿Le han tocado sus genitales sin su consentimiento?	
¿Quién fue el responsable del maltrato?	
1= Conyugue o compañero (a)	12= Cuñado(a)
2= Hijo(a)	13= Concuño(a)
3= Hijastro (a)	14= Ahijado (a)
4= Hermano (a)	15= Compadre, comadre
5= Hermanastro(a)	16= Familiar, pariente, pariente lejano, otro parentesco.
6= Nieto (a)	17= Huésped
7= Bisnieto(a)	18= Inquilino(a)
8= Tío(a)	19= Vecino(a)
9= Sobrino (a)	10= Cuidador(a)
10= Primo (a)	11= Otra persona no familiar
11= Nuera, yerno	99= No respondió

ESCALA DE ZARIT

ENTREVISTA SOBRE LA CARGA DEL CUIDADOR (Zarit y Zarit, 1982)

Instrucciones: A continuación se presenta una lista de afirmaciones, en las cuales se refleja cómo se sienten, a veces. Las personas que cuidan a otra persona. Después de leer cada afirmación, debe indicar con qué frecuencia se siente usted, así: nunca, raramente, algunas veces, bastante a menudo y casi siempre. A la hora de responder piense que no existen respuestas acertadas o equivocadas, sino tan solo su experiencia.

0= Nunca 1= Rara vez 2= Algunas veces 3= Bastantes veces 4= casi siempre

Preguntas	Respuesta				
1. ¿Piensa que su familiar le pide más ayuda de la que realmente necesita?	0	1	2	3	4
2. ¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo para Ud.?	0	1	2	3	4
3. ¿Se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades (trabajo, familia)?	0	1	2	3	4
4. ¿Siente vergüenza por la conducta de su familiar?	0	1	2	3	4
5. ¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?	0	1	2	3	4
6. ¿Piensa que el cuidar de su familiar afecta negativamente la relación que usted tiene con otros miembros de su familia?	0	1	2	3	4
7. ¿Tiene miedo por el futuro de su familiar?	0	1	2	3	4
8. ¿Piensa que su familiar depende de Ud.?	0	1	2	3	4
9. ¿Se siente tenso cuando está cerca de su familiar?	0	1	2	3	4
10. ¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar de su familiar?	0	1	2	3	4
11. ¿Piensa que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido a tener que cuidar de su familiar?	0	1	2	3	4
12. ¿Piensa que su vida social se ha visto afectada negativamente por tener que cuidar a su familiar?	0	1	2	3	4
13. ¿Se siente incómodo por distanciarse de sus amistades debido a tener que cuidar de su familiar?	0	1	2	3	4
14. ¿Piensa que su familiar le considera a usted la única persona que le puede cuidar?	0	1	2	3	4
15. ¿Piensa que no tiene suficientes ingresos económicos para los gastos de cuidar a su familiar, además de sus otros gastos?	0	1	2	3	4
16. ¿Piensa que no será capaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?	0	1	2	3	4
17. ¿Siente que ha perdido el control de su vida desde que comenzó la enfermedad de su familiar?	0	1	2	3	4
18. ¿Desearía poder dejar el cuidado de su familiar a otra persona?	0	1	2	3	4
19. ¿Se siente indeciso sobre qué hacer con su familiar?	0	1	2	3	4
20. ¿Piensa que debería hacer más por su familiar?	0	1	2	3	4
21. ¿Piensa que podría cuidar mejor a su familiar?	0	1	2	3	4
22. Globalmente. ¿Qué grado de “carga” experimenta por el hecho de cuidar a tu familiar?	0	1	2	3	4

ESCALA DE BARTHEL

COMER

10 INDEPENDIENTE Capaz de comer por si solo y en un tiempo razonable. La comida puede ser preparada y servida por otra persona

5 NECESITA AYUDA para comer la carne o el pan, pero es capaz de comer por el solo

0 DEPENDIENTE. Necesita ser alimentado por otra persona

VESTIRSE

10 INDEPENDIENTE Es capaz de quitarse y ponerse la ropa sin ayuda

5 NECESITA AYUDA Realiza solo al menos la mitad de las tareas en un tiempo razonable

0 DEPENDIENTE

ARREGLARSE

5 INDEPENDIENTE Realiza todas las actividades personales sin ninguna ayuda. Los complementos necesarios pueden ser provistos por otra persona

0 DEPENDIENTE Necesita alguna ayuda

DEPOSICION

10 CONTINENTE Ningún episodio de incontinencia

5 ACCIDENTE OCASIONAL Menos de una vez por semana o necesita ayuda, enemas o supositorios

0 INCONTINENTE

MICCIÓN (Valorar la situación en la semana anterior)

10 CONTINENTE Ningún episodio de incontinencia, capaz de utilizar cualquier dispositivo por si solo

5 ACCIDENTE OCASIONAL Máximo un episodio de incontinencia en 24 horas. Incluye necesitar ayuda en la manipulación de sondas y otros dispositivos

0 INCONTINENTE

IR AL RETRETE

10 INDEPENDIENTE Entra y sale solo y no necesita ayuda de otra persona

5 NECESITA AYUDA Capaz de manejarse con una pequeña ayuda, capaz de usar el cuarto de baño. Puede limpiarse solo

0 DEPENDIENTE Incapaz de manejarse sin ayuda

TRASLADO SILLON-CAMA (Transferencia)

15 INDEPENDIENTE No precisa ayuda

10 MINIMA AYUDA Incluye supervisión verbal o pequeña ayuda física

5 GRAN AYUDA Precisa la ayuda de una persona fuerte o entrenada

0 DEPENDIENTE Necesita grúa o alzamiento por dos personas. Incapaz de permanecer sentado

DEAMBULACION

15 INDEPENDIENTE Puede andar 50 metros o su equivalente por casa sin ayuda ni supervisión de otra persona. Puede usar ayudas instrumentales (muletas o bastón) excepto andador. Si utiliza prótesis debe ser capaz de ponérsela y quitársela solo.

10 NECESITA AYUDA Necesita supervisión o una pequeña ayuda física por otra persona. Precisa utilizar andador

5 INDEPENDIENTE (en silla de ruedas) en 50 metros. No requiere ayuda ni supervisión

0 DEPENDIENTE

SUBIR Y BAJAR ESCALERAS

10 INDEPENDIENTE Capaz de subir y bajar un piso sin la ayuda ni supervisión de otra persona 5 NECESITA AYUDA

0 DEPENDIENTE Incapaz de salvar escalones

< 20: dependencia total. 20-40: dependencia grave. 45-55: dependencia moderada. 60-90: dependencia leve. 100: independiente (90 si paciente va en silla de ruedas).

ESCALA DE LAWTON Y BRODY

Ítem	Aspecto a evaluar	Puntos
1	Capacidad para usar el teléfono:	
	-Utiliza el teléfono por iniciativa propia	1
	-Es capaz de marcar bien algunos números familiares	1
	-Es capaz de contestar al teléfono, pero no de marcar	1
2	-No es capaz de usar el teléfono	0
	Hacer compras:	
	-Realiza todas las compras necesarias independientemente	1
	-Realiza independientemente pequeñas compras	0
3	-Necesita ir acompañado para hacer cualquier compra	0
	-Totalmente incapaz de comprar	0
	Preparación de comida:	
	-Organiza, prepara y sirve las comidas por si solo adecuadamente	1
4	-Prepara adecuadamente las comidas si se le proporciona los ingredientes	0
	-Prepara, calienta y sirve las comidas, pero no sigue una dieta adecuada	0
	-Necesita que le preparen y sirvan las comidas	0
	Cuidado de la casa:	
5	-Mantiene la casa solo o con ayuda ocasional (para trabajos pesados)	1
	-Realiza tareas ligeras, como lavar los platos o hacer las camas	1
	-Realiza tareas ligeras, pero no puede mantener adecuado nivel de limpieza	1
	-Necesita ayuda en todas las labores de la casa	1
6	-No participa en ninguna labor de la casa	0
	Lavado de la ropa:	
	-Lava por si solo toda su ropa	1
	-Lava por si solo pequeñas prendas	1
7	-Todo el lavado de ropa debe ser realizado por otro	0
	Uso de medios de transporte:	
	-Viaja solo en transporte público o conduce su propio coche	1
	-Es capaz de coger un taxi, pero no usa otro medio de transporte	1
8	-Viaja en transporte público cuando va acompañado por otra persona	1
	-Solo utiliza el taxi o el automóvil con ayuda de otros	0
	-No viaja	0
9	Responsabilidad en el uso de su medicación:	
	Es capaz de tomar su medicación a la hora y con dosis correcta	1
	Toma su medicación si la dosis le es preparada previamente	0
	No es capaz de tomar su medicación	0
10	Manejo de sus asuntos económicos:	
	Se encarga de sus asuntos económicos por si solo	1
	Realiza las compras de cada día, pero necesita ayuda para la realización de grandes compras, bancos...	1
	Incapaz de manejar dinero	0

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO:

DRA. ABATA ALEXANDRA
DRA. GUIJARRO VERÓNICA

Documento de Consentimiento Informado para la investigación acerca de la sobrecarga del cuidador y nivel de dependencia física relacionado a tratos inadecuados del adulto mayor en usuarios del servicio de consulta externa del Hospital Luis Gabriel Dávila de la ciudad de Tulcán, durante el periodo de septiembre a noviembre del 2016.

Este Formulario de Consentimiento Informado se dirige a hombres y mujeres adultos mayores que son atendidos en el servicio de consulta externa del Hospital Luis Gabriel Dávila de la ciudad de Tulcán y a sus respectivos cuidadores, a quienes se les invita a participar en la investigación de sobrecarga del cuidador y nivel de dependencia física relacionado al maltrato del adulto mayor en usuarios del servicio de consulta externa del Hospital Luis Gabriel Dávila de la ciudad de Tulcán, durante el periodo de septiembre a noviembre del 2016.

DRA. ABATA ALEXANDRA
DRA. GUIJARRO VERÓNICA
PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

Este Documento de Consentimiento Informado tiene dos partes: Una primera parte sobre los principios bioéticos y una segunda que consta del formulario de consentimiento, mismo que se adjunta en anexos.

PARTE I: Información**Introducción**

Nosotros somos: Dra. Abata Alexandra y Dra. Guijarro Verónica, Postgradistas de Medicina Familiar y Comunitaria de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Estamos investigando la sobrecarga del cuidador y nivel de dependencia física como factores influyentes del trato proporcionado al adulto mayor, situación que aún no es claramente evidenciada en nuestra ciudad. Le voy a proporcionar información suficiente sobre este tema, a la vez invitarle a participar de esta investigación, luego de esto, Ud. puede voluntariamente aceptar o no, participar en esta investigación. Ante cualquier duda de la información proporcionada o de algunas palabras no comprendidas por favor puede con absoluta confianza preguntarnos.

Propósito

Nuestro propósito es investigar el trato que reciben los adultos mayores y poder determinar si su dependencia física y el cansancio de sus cuidadores se relacionan con tratos no apropiados.

El trato no adecuado al adulto mayor es un fenómeno social invisibilizado en nuestra localidad, lo cual impide intervenciones adecuadas y oportunas que influyan en mejorar la calidad de vida de este grupo poblacional y de sus familias. La razón para realizar esta investigación tiene como fundamento conocer esta realidad en nuestra ciudad y que sirva como pauta para nuevos proyectos en su beneficio.

Instrumentos de Investigación

Esta investigación incluirá una encuesta inicial y la aplicación de tres escalas: dos geriátricas, y una encaminada para la persona que cumple el rol de cuidador directo del adulto mayor.

Selección de participantes

Estamos invitando a todos los adultos mayores (desde 65 años y más) que acuden por consulta externa del Hospital Luis Gabriel Dávila de la ciudad de Tulcán y a la persona encargada de su cuidado, a participar esta investigación

Participación Voluntaria

Su participación en esta investigación es totalmente voluntaria. Usted puede elegir participar o no. Tanto si elige participar o no, continuarán a su disposición todos los servicios que reciba en este Hospital y nada cambiará. Usted puede cambiar de idea más tarde y dejar de participar aun cuando haya aceptado antes.

Procedimientos y Protocolo

Descripción del Proceso

Durante la investigación se realizará la aplicación de tres instrumentos de investigación en una sola visita, los mismos que nos permitirán obtener la información necesaria:

- El primer instrumento es una escala de maltrato que fue aplicada inicialmente en México
- Simultáneamente para la persona encargada de su cuidado, se le aplicara la escala de cansancio del cuidador.
- Finalmente se procederá a medir dos escalas más, dirigidas al adulto mayor, las cuales determinan su nivel de dependencia física.

Duración

La aplicación de los instrumentos de la investigación, se realizará durante el tiempo que usted se encuentre en el servicio de Consulta Externa de este Hospital y el tiempo aproximado será de 30 minutos, no será necesario que venga por más ocasiones.

Incentivos y beneficios

No se le dará ningún dinero o regalo por participar en esta investigación, Usted será parte de un estudio que servirá como base para identificar la realidad en la que viven los adultos mayores de nuestra localidad.

Confidencialidad

La información que obtengamos de usted en esta investigación se mantendrá en absoluta confidencialidad, a su identidad se le asignará un número, esta información no será compartida ni entregada a nadie, excepto al grupo metodológico de la Pontificia Universidad Católica Del Ecuador asignados para apoyar, dirigir y evaluar este estudio de investigación.

Compartiendo los Resultados

Los resultados que obtengamos al realizar esta investigación, sin revelar la información confidencial, se compartirá con los docentes y compañeros del Postgrado de Medicina Familiar y Comunitaria de la Pontificia Universidad Católica Del Ecuador, autoridades del Hospital Luis Gabriel Dávila y para otras personas interesadas, que quieran utilizarla de base para futuras intervenciones o investigaciones.

Derecho a negarse o retirarse

Usted es libre de elegir si quiere o no participar en esta investigación, Puede dejar de participar en la investigación en cualquier momento, mientras recojamos su información. Es su elección y todos sus derechos serán respetados.

A Quién Contactar

Si tiene cualquier pregunta puede hacerlas ahora o más tarde, incluso después de haberse iniciado el estudio. Si desea hacer preguntas más tarde, puede contactar a cualquiera de las siguientes personas: Dra. Alexandra Abata, número de teléfono: 0992440814, e-mail: alexandra.abata@gmail.com o Dra. Verónica Guijarro, número de teléfono: 0999178140, e-mail: veroalexag@gmail.com.

Esta propuesta ha sido revisada y aprobada por el comité de evaluación ética Institucional de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, que es un comité cuya tarea es asegurarse de que se protege de daños a los participantes en la investigación.

PARTE II: Formulario de Consentimiento

He sido invitado a participar en esta investigación que busca saber sobre la existencia de un trato inadecuado al adulto mayor y si el cansancio del cuidador por la

dependencia física generan esta situación. Entiendo que se me realizaran algunas preguntas y he sido informado sobre la confidencialidad de mi identidad. Sé que no habrá beneficios económicos para mi persona. También se me ha proporcionado los nombres de las investigadoras y sus datos como teléfono y correo electrónico en caso de que tuviera alguna pregunta que hacerles respecto a este estudio.

He leído la información proporcionada o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me han contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado. Consiento voluntariamente participar en esta investigación.

Nombre del Participante _____

Firma del Participante _____

Fecha _____

Día/mes/año

Si es analfabeto

He sido testigo de la lectura exacta del documento de consentimiento que debe firmar el participante y él ha tenido la oportunidad de hacer preguntas. Confirmando que el individuo ha dado consentimiento libremente.

Nombre del testigo _____ Y Huella dactilar del participante

Firma del testigo _____

Fecha _____

Día/mes/año

He sido testigo de la lectura exacta del documento de consentimiento que debe firmar el participante y él ha tenido la oportunidad de hacer preguntas. Confirmando que el individuo ha dado consentimiento libremente.

Nombre del Investigador _____

Firma del Investigador _____

Fecha _____

Día/mes/año

Ha sido proporcionada al participante una copia de este documento de Consentimiento Informado _____ (iniciales del investigador/asistente).